



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 – 2020

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Luisa Liliana Esther ERAZO MEDINA

ASESOR

Dra. Judith Daysi GARCÍA CAJALEÓN

Lima, Perú

2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Erazo L. Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 – 2020 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2021.

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor	“—”
DNI o pasaporte del autor	74477120
Código ORCID del asesor	0000-0002-8129-1609
DNI o pasaporte del asesor	22486408
Grupo de investigación	“VIH en poblaciones vulnerables”
Agencia financiadora	Ninguna
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Lugar: Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, departamento de Lima. Coordenadas geográficas: 12.156714,-76.9386017,17
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2015 - 2020
Disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Obstetricia
“Año de la universalización de la salud”



Firmado digitalmente por
FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA
Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02.03.2021 10:11:11 -05:00



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA
Autorizado por R.D. N°608-D-FM-2020

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 18 / 02 / 2021

HORA INICIO : 11:34 hrs.

HORA TÉRMINO : 12:10 hrs.

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Mg. Betty Esther Cruz Huamán.

MIEMBRO : Mg. Nelly María Esperanza Barrantes Cruz.

MIEMBRO : Mg. Bertha Aurora Landa Maturrano.

ASESOR : Dra. Judith Daysi García Cajaleón.

3. DATOS DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRES : Luisa Liliana Esther Erazo Medina

CODIGO : 15010102

R.R. DE GRADO DE BACHILLER NÚMERO R.R N° 011905-2020- R/UNMSM

TÍTULO DE LA TESIS :

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL VILLA MARÍA DEL TRIUNFO 2015 – 2020”

4. RECOMENDACIONES

- Continuar con la línea de investigación de salud pública.

Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:

https: <https://medical-int.zoom.us/j/99794148056>

ID: 997 9414 8056

Grabación archivada en: EPO



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Obstetricia
“Año de la universalización de la salud”



5. NOTA OBTENIDA: 17 (DIECISIETE)

6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

1	Nella Alejandra Trujillo Albino	72913960
2	Milagros Fernandez Rojas	74528783
3	katherin Matos Neyra	48476540
4	Bruno Wilbert Erazo Medina	74461266
5	Cynthia Huapaya Levy	48681867
6	Mayra Alejandra Ramos Cárdenas	71601979
7	Judith García Cajaleón	22486408

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Betty Esther Cruz Huamán DNI: 21794514	Mg. Nelly María Esperanza Barrantes Cruz DNI: 25621624
PRESIDENTE	MIEMBRO

Mg. Bertha Aurora Landa Maturrano DNI: 09654753	Dra. Judith Daysi García Cajaleón DNI 22486408
MIEMBRO	ASESOR

 Firmado digitalmente por ZAGACETA GUEVARA Zaida FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 01.03.2021 21:24:10 -05:00	
Dra. Zaida Zagaceta Guevara Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Alicia Jesús Fernandez Giusti Vicedecana Académica-Facultad de Medicina
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	VICEDECANA ACADÉMICA DE PREGRADO FACULTAD DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser mi guía y por siempre darme fuerzas para poder sobrellevar los obstáculos que se me presenten

A mi madre, por siempre apoyarme y brindarme todo su amor incondicional

A mi padre, por sus consejos y sus palabras de aliento

A mi hermano, por su motivación y alegría

A mi alma mater, La Decana de América, quienes con sus maestros me han instruido en la parte académica y en la parte humana de esta hermosa carrera que elegí

A mi asesora, Dra. Judith García, por su apoyo y orientación en el desarrollo de esta investigación

Y por último, a mis amistades y trabajadores del CMI VMT que contribuyeron de alguna manera en la realización de esta tesis.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi Malú, mi ángel que me protege desde el cielo
A mis padres Liliana y Wilbert, y mi hermano Bruno porque son el motor de mi
vida
Y a mi abuelito Betito, quien me demuestra siempre su afecto, cariño y fe hacia
mi persona

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	27
2.2 POBLACION DE ESTUDIO	27
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO	28
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	30
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	35
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS	36
2.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
III. RESULTADOS.....	38
IV. DISCUSIÓN	47
V. CONCLUSIONES	54
VI. RECOMENDACIONES	55
VII. BIBLIOGRAFÍAS	57
VIII. ANEXOS.....	63

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 - 2020	38
Tabla N°2: Características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 - 2020.....	39
Tabla N° 3: Características conductuales de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 - 2020.....	40
Tabla N°4: Factores sociodemográficos asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 - 2020.....	41
Tabla N° 5: Factores obstétricos asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 - 2020	42
Tabla N°6: Factores conductuales asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 - 2020	44
TablaN°7: Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 - 2020 mediante un modelo multivarido	45

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 - 2020. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional, retrospectivo, analítico de casos y controles y transversal. En el que se contó con dos grupos: 63 gestantes con diagnóstico de sífilis (casos) y 126 gestantes sin sífilis (controles), que cumplieron los criterios de selección. Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSSv.25. Para el análisis descriptivo se utilizó frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado se empleó la prueba Chi cuadrado de Pearson y para el análisis multivariado se incluyó a las variables con p valor $<$ de 0.05 del análisis bivariado para poder determinar los factores de riesgo asociados y cuantificar el riesgo mediante la prueba Odds Ratio. Se consideró un factor asociado a aquellos con $OR > 1$ e $IC > 1$. **RESULTADOS:** Entre los factores de riesgo sociodemográficos asociados a sífilis en gestantes se encontraron: la edad adolescente ($OR=20,4$ IC 95%: 2,6-156,4; $p=0.004$), la procedencia de zonas urbano – marginales ($OR=11,2$ IC 95%: 2,7 – 45,8; $p=0.001$) y el estado civil soltera ($OR=2,4$ IC 95%: 1,1-5,2, $p=0,020$). Los factores de riesgo obstétricos asociados a sífilis fueron: Tener menos de 6 atenciones prenatales ($OR=16,4$ IC 95%: 3,3-82,4, $p=0.001$), iniciar relaciones sexuales antes de los 19 años ($OR=6,1$ IC 95%: 1,6-23,6; $p=0,008$) y tener más de 2 parejas sexuales ($OR=9,4$ IC 95%: 2,2-40,0; $p=0,002$). Y en cuanto los factores de riesgo conductuales solo se demostró que el no usar preservativo es factor de riesgo asociado a sífilis ($OR=17,1$ IC 95%: 1,7-166.6; $p= 0,014$). **CONCLUSIÓN:** Existen factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes y estos son: edad adolescente, procedencia urbano – marginal, estado civil soltera, atenciones prenatales insuficientes, inicio de relaciones sexuales a una edad precoz, número de parejas sexuales mayor a 2 y el no uso del preservativo.

PALABRAS CLAVES: Factor de riesgo, sífilis, gestación, atención prenatal, preservativo.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To determine the risk factors associated with syphilis in pregnant women treated at the Villa Maria del Triunfo Maternal and Child Center in the period 2015 – 2020. **METHODOLOGY:** Observational, retrospective, analytical case-control and cross-sectional study. In which there were two groups: 63 pregnant women with a diagnosis of syphilis (cases) and 126 pregnant women without syphilis (controls), who met the selection criteria. The data were analyzed in the statistical program SPSSv.25. For descriptive analysis, frequencies and percentages were used Pearson's Chi-square test was used for the bivariate analysis, and for the multivariate analysis, variables with p value <0.05 from the bivariate analysis were included in order to determine the associated risk factors and quantify the risk using the Odds Ratio test. . A factor associated with those with OR> 1 and CI> 1 was considered. **RESULTS:** Among the sociodemographic risk factors associated with syphilis in pregnant women were: adolescent age (OR = 20.4 95% CI: 2.6-156.4; p = 0.004), origin from urban - marginal areas (OR = 11.2 95% CI: 2.7 - 45.8; p = 0.001) and single marital status (OR = 2.4 95% CI: 1.1-5.2, p = 0.020). The obstetric risk factors associated with syphilis were: Having less than 6 prenatal care (OR = 16.4 95% CI: 3.3-82.4, p = 0.001), initiating sexual intercourse before 19 years old (OR = 6.1 95% CI: 1.6-23.6; p = 0.008) and having more than 2 sexual partners (OR = 9.4 95% CI: 2.2-40.0; p = 0.002). And as for behavioral risk factors, it was only shown that not using a condom is a risk factor associated with syphilis (OR = 17.1, 95% CI: 1.7-166.6; p = 0.014). **CONCLUSION:** There are risk factors associated with syphilis in pregnant women and these are: adolescent age, urban - marginal origin, single marital status, insufficient prenatal care, initiation of sexual relations at an early age, number of sexual partners greater than 2 and no use of condoms in the sexual relations.

KEYWORDS: Risk factor, syphilis, pregnancy, prenatal care, condom.

I. INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual comúnmente conocidas con las siglas ITS poseen notables efectos profundos en la salud sexual y reproductiva a nivel mundial y están ubicadas entre las cinco principales categorías por las que las personas buscan atención médica ⁽¹⁾. Estas constituyen un notable problema de salud pública, pues vulnera la calidad de vida que poseen las personas originando importantes niveles de morbilidad y mortalidad perjudicando la salud infantil y reproductiva de la población, ya que traen consigo infertilidad, cáncer y complicaciones del embarazo ⁽²⁾; además del gran impacto psicológico y pérdidas desde el punto de vista económico ⁽³⁾.

De acuerdo a los últimos informes publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 1 millón de personas que comprenden las edades de 15 a 49 años se contagian cada día por una ITS que se puede tratar y curar, entre ellas se encuentra la sífilis, que en último reporte correspondiente al año 2016, se notificaron unos 6,3 millones de contagios aproximadamente ⁽⁴⁾. Y en América se estima que alrededor de 40 y 50 millones de personas contraen una ITS cada año ⁽⁵⁾. A su vez se identificó una prevalencia global de sífilis gestacional de un 2,6 %, siendo en Brasil de 1,6 % y en Bolivia de un 4,3 % ⁽⁶⁾. En el 2016, alrededor de un millón de gestantes tenían sífilis activa, que originó complicaciones en 350 000 partos aproximadamente, de los cuales 200 000 terminaron en muerte fetal o del recién nacido. ⁽⁷⁾.

Sífilis, conocida también como el nombre de lúes, es una infección bacteriana causada por *Treponema pallidum* que se origina por el contacto de úlceras o chancros; por medio de transfusiones sanguíneas, o mediante la transmisión materno-infantil, a través de la placenta, durante el embarazo ⁽⁸⁾. Es por esto que en esta etapa de la gestación adquiere una mayor importancia, ya que puede desencadenar en resultados adversos y severos al bebé que incluye anomalías congénitas, parto pretérmino, bajo peso al nacer, muerte perinatal, sífilis en el neonato, entre otras ⁽⁹⁾.

Un estudio realizado en Estados Unidos informó que del 2012 al 2016, los casos de sífilis en gestantes aumentaron en un 61%, de 1,561 a 2,508, y este aumento se observó en todas las razas y etnias, en las edades comprendidas entre 15 a 45 años y en todas las regiones de dicho país ⁽¹⁰⁾. Y otro estudio realizado en 7 maternidades diferentes de Brasil concluyó que son los factores sociodemográficos, conductuales y asistenciales los que se asocian a sífilis en la gestante ⁽¹¹⁾. En Etiopía también se reportó en un estudio ⁽¹²⁾ que las variaciones en las características sociodemográficas, las prácticas sexuales y el comportamiento, además de la inaccesibilidad al tratamiento de las ITS y las prácticas culturales de la población se encuentran entre los factores de riesgo asociados a la sífilis en gestantes.

En el Perú, entre el año 2002 al 2011 se notificaron 4 344 556 casos de ITS aproximadamente, con una tasa anual de infecciones que oscila entre 1538 a 1697 casos para cada cien mil habitantes. Sin embargo, hoy en día existen limitaciones por parte del sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, ya que no se logra estimar la magnitud exacta de este grupo de infecciones. Los diversos estudios informan que existe una elevada frecuencia de estas infecciones que contrasta con la poca demanda que se observa en los servicios de salud. Además que en el boletín estadístico nacional de ITS 2002-2011 no hace mención a la sífilis gestacional ^{(5), (13)}.

Un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal ⁽⁹⁾, informó que la prevalencia de sífilis en embarazadas en el año 2012 fue 0,25%; en el 2013 fue de 0,08%; en el 2014, 0,09 % y en el año 2015, 0,47% por cada 100 gestantes atendidas en dicho nosocomio. Mientras que en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, la prevalencia de sífilis en gestantes durante los años 2010 al 2017 fue de 2.11 por cada 1000 nacidos vivos ⁽¹⁴⁾. Y en el Hospital de San Juan de Lurigancho se notificó una prevalencia de gestantes con sífilis de 0.77% por cada 100 gestantes en el año 2013 ⁽¹⁵⁾.

Según Soto ⁽¹⁶⁾, explica que cuando una persona adquiere una ITS retrasa el acudir a un establecimiento de salud para su tratamiento. Además muchas de estas son asintomáticas por lo que las personas no acuden para su respectivo tratamiento. Los servicios de salud no están al alcance o no son los adecuados, y muchos de estos prefieren acudir a proveedores alternativos. También existe un estigma social relacionado a tener una ITS, lo que origina que la persona no acuda a un servicio de salud por complejos o vergüenza.

A su vez, el estudio de Álvarez et al ⁽¹⁷⁾ reporta que en las ITS, que incluye a la sífilis, influyen los siguientes factores: cambios en el comportamiento y conducta sexual por parte de los adolescentes y jóvenes, cambios de conceptos relacionados a la virginidad, y una mayor precocidad y promiscuidad sexual, entre otros. Todo esto pone al comportamiento sexual como un importante factor de riesgo asociado a la sífilis.

Asimismo, son la pobreza y el bajo nivel educativo los que se asocian a la diseminación de la sífilis. Aquellas personas que habitan en zonas marginadas viven en condiciones precarias y de hacinamiento, lo que favorece a la adquisición de esta infección. Según Dávila ⁽⁹⁾, las personas con un limitado conocimiento sobre la sífilis, tienden a ser más vulnerables y esto está determinado generalmente por el contexto sociocultural, las prácticas y experiencias sexuales, las relaciones de género, las composiciones étnicas, la falta de oportunidades, el desempleo, la edad y la presencia de otras ITS.

En base a datos demográficos, el distrito de Villa María del Triunfo es el distrito de Lima Sur con la mayor cantidad de pobres: entre el año 2007 y el 2017 muestra un porcentaje de crecimiento negativo de 6,4 en población pobre y 1,0 en población extremadamente pobre. A su vez, el nivel educativo es bajo, pues se observa que el analfabetismo en Villa María del Triunfo afecta casi seis veces más que al resto de los distritos, afectando en mayor proporción a las mujeres que a los hombres ⁽⁵⁾.

El Análisis de la Situación de Salud del distrito de VMT (ASIS) ⁽⁵⁾ informó que en entre los años 2014 al 2016 se atendieron 10 347 casos de ITS en los establecimientos de salud del MINSA y cerca del 90% de estos casos corresponde a las edades comprendidas entre 18 a 59 años. Según los actores sociales, durante las entrevistas realizadas a los vecinos, refieren un aumento de casos de ITS en los jóvenes y en los migrantes venezolanos, y esto se debe a factores socioculturales donde destacan los patrones de machismo y sumisión de la mujer, pues ella no puede tomar decisiones sobre su sexualidad en lo que se refiere a la protección, tanto para un embarazo no deseado como del contagio de alguna ITS. Además, el inicio precoz a las relaciones sexuales, el tener múltiples parejas sexuales, la falta de comunicación en el interior de la familia por parte de los niños y jóvenes que llevan consigo múltiples dudas y tabúes, el alcoholismo y la drogadicción; todo esto relacionado al bajo nivel de instrucción de los padres de familia, que los limita de conocimientos y herramientas suficientes para aconsejar adecuadamente a sus hijos sobre sexualidad y medidas de prevención de este grupo de infecciones.

Por todo lo expuesto anteriormente es que las ITS que incluye a la sífilis, pasan desapercibidas por la población sexualmente activa que está expuesta a factores de riesgo y que no acuden oportunamente a los establecimientos de salud para su tratamiento; y por falta de información y de acceso se va formando una cadena de contagios. Estos problemas pueden prevenirse si se detectan y eliminan los factores de riesgo al que están expuestas hombres y mujeres sexualmente activos; y en los casos de mujeres que ya se encuentren gestando que reciban los cuidados prenatales de rutina que incluyan detección de riesgos ya sea de la propia gestante o de su entorno social, consejería sobre ITS, pruebas para detectar la sífilis y otras infecciones en etapas tempranas del embarazo.

En este contexto, debido a toda esta problemática, se consideró conveniente plantear esta investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgo

asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, establecimiento de salud en donde acuden gestantes que en su mayoría habitan en zonas urbano - marginales del distrito.

Justificación

La justificación se basa en que las ITS que incluye la sífilis, siendo el protagonista de la presente investigación, viene a ser uno de los principales problemas de salud pública, más aún si existen grupos vulnerables como lo son las gestantes. Es por esto que la presente investigación se enfoca para aportar aspectos teóricos sobre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de contraer sífilis en gestantes que podrán ser utilizadas para proponer la reestructuración de los programas preventivo promocionales en mujeres en edad fértil, familia y comunidad, especialmente en donde predominan zonas urbano - marginales como los hay en el distrito de Villa María del Triunfo. De esta manera contribuir en la prevención oportuna de esta infección y reducir la transmisión vertical así como de la mortalidad materno-infantil a nivel nacional.

Diversos estudios demuestran que existen factores de riesgo que están asociados a sífilis en las gestantes. Entre los internacionales se encuentran:

Tareke K., et al. En el año 2019, realizaron en Etiopía la investigación sobre prevalencia de sífilis y sus factores de riesgo entre las embarazadas que asisten a la atención prenatal en un Hospital al noroeste de Etiopía. Se trató de un estudio transversal, cuya muestra estuvo conformada por 384 embarazadas. Este estudio dio como resultado que 10 gestantes (2,6%) eran seropositivas para *Treponema pallidum*. Las probabilidades de infección eran unas diez veces ($OR = 9,77$, $p = 0,002$) más altas en las mujeres divorciadas que en las casadas. La probabilidad de sífilis fue casi tres veces mayor entre los residentes rurales en comparación con los residentes urbanos ($OR = 3.48$, $p = 0.079$). La probabilidad de infectarse con sífilis fue aproximadamente cinco veces mayor ($OR = 5,25$, $p = 0,018$) en mujeres que tenían antecedentes de múltiples parejas sexuales. El riesgo de

sífilis fue 4.42 ($p = 0.071$) y 2.67 veces ($p = 0.226$) mayor en mujeres con antecedentes de aborto y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), respectivamente ⁽¹²⁾.

Costa V., et al. Realizaron en Brasil en el año 2017 la investigación: Factores de riesgo para sífilis en mujeres: un estudio caso – control. Cuyo objetivo fue determinar los factores sociodemográficos, conductuales y asistenciales relacionados con la aparición de sífilis en mujeres atendidas en maternidades públicas. Se trató de un estudio de casos y controles (239 casos y 322 controles) con mujeres ingresadas en siete maternidades de la ciudad de Recife, de julio de 2013 a julio de 2014. Las variables se agruparon en: sociodemográficas; conductual e historia clínica y obstétrica. Se utilizó como instrumento un cuestionario aplicado durante la hospitalización de las gestantes a través de entrevistas. Los resultados del análisis de regresión logística identificaron como factores de riesgo determinantes para la sífilis gestacional: nivel de educación primaria incompleta o analfabeta ($OR = 2,02$), ausencia de acceso al teléfono ($OR = 2,4$), religión católica ($OR = 1,70$). 4 o más embarazos ($OR = 2,2$), 3 o más parejas sexuales en el último año ($OR = 3,1$), uso de drogas antes de los 18 años ($OR = 3,0$) y uso de drogas por el socio actual ($OR = 1,7$). Además de estos, solo se observaron de una a tres consultas prenatales ($OR = 3,5$) y antecedentes de ITS ($OR = 9,7$) ⁽¹¹⁾.

Benítez L. realizó en el 2016 una investigación en Paraguay titulada: Prevalencia de sífilis en gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo . Año 2016. Se trató de un estudio observacional, descriptivo, de prevalencia con componente analítico, con un muestreo probabilístico aleatorio simple, donde la técnica consistió en la revisión de las historias clínicas de las gestantes durante el periodo de estudio. Los resultados mostraron una prevalencia de sífilis del 2,2%. La mayor prevalencia de sífilis comprendió las edades de 30 a 34 años, el 86,4% eran amas de casa y el 59% provenían de zonas rurales. Se encontró asociación entre la prevalencia de sífilis y la edad ($p=0,041$), el estado civil ($p=0,028$) y la ocupación ($p=0,044$) ⁽¹⁸⁾.

Cerqueira G., et al. Realizaron en Brasil en el año 2015 la investigación: Prevalencia y factores asociados a la sífilis en mujeres embarazadas atendidas en un municipio de Bahía 2008 -2011. Cuya objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados a sífilis en gestantes del municipio de Recôncavo da Bahia. Se trató de un estudio descriptivo con enfoque retrospectivo y cuantitativo. Tuvo como muestra a las gestantes que dieron positivo para el examen VDRL cuyos datos fueron obtenidos de los formularios de investigación y notificación de sífilis en gestantes, notificado por la Vigilancia Epidemiológica del municipio de Santo Antônio de Jesus (BA) entre enero de 2008 y Diciembre de 2011. Los resultados arrojaron que la mayor prevalencia de sífilis fue en el año 2008 con 1,46%; en los años 2009, 2010 y 2011 se observó una caída, siendo los valores encontrados 0,42%, 0,76% y 0,37%, respectivamente. La mayoría de las gestantes tenían entre 21 y 30 años (53,85%), con 4 a 7 años de estudio (31,8%) y comenzaron la atención prenatal en el segundo trimestre del embarazo. Además que la mayoría de las gestantes dieron resultado positivo a la prueba no treponémica ⁽³⁾.

Entre la revisión bibliográfica a nivel nacional se encontró:

Chucos G. En el año 2018 realizó en Lima la investigación titulada: Seroprevalencia de Sífilis congénita y factores asociados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2010-2017. Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, cuyo instrumento fue una ficha de recolección de datos. Los resultados arrojaron que la prevalencia de sífilis en gestantes durante esos años fue de 2.11 por cada 1000 nacidos vivos. Un 65.6 % de las madres con diagnóstico de sífilis comprenden las edades de 20 a 35 años, un 76,6% eran convivientes, el 90.7% son amas de casa, un 39.1% tuvo algún habito nocivo. También se observó que el 70.3% tuvo de 2 -3 parejas sexuales. Además el análisis de riesgo mostro, sin controles prenatales 2.4, consumo de drogas 7.28, secundaria incompleta 3.72 y prematuridad 2.5. Se evidenció también que la mayoría de mujeres no acudió a sus controles prenatales según lo establecido ⁽¹⁴⁾.

Dávila J., et al. Realizaron en Lima en el año 2017 la investigación titulada: Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Instituto Nacional

Materno Perinatal 2012-2015. Se trató de un estudio retrospectivo, analítico, caso-control que tuvo una muestra de 109 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de sífilis activa (casos) y 109 sin sífilis (controles). Se tuvo como resultado que la prevalencia de sífilis activa en gestantes para el año 2012 fue 0,25%; en el 2013 fue de 0,08%; en el 2014, 0,09 % y en el año 2015, de 0,47% por cada 100 gestantes atendidas en dicho instituto. Las características sociodemográficas fueron: adolescentes – jóvenes, ser multigestas, tener el grado de instrucción secundaria, ser procedentes de lugares urbano-marginales y tener como ocupación ser amas de casa. Los factores de riesgo fueron: El estado civil soltera, el inicio de las relaciones sexuales a una edad precoz, tener de 1 a 2 parejas sexuales y el no uso de preservativo ⁽⁹⁾.

Churacutipa S. Realizó en Madre de Dios en el año 2017 la investigación: Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado . Fue un estudio no experimental, transversal y retrospectivo, cuya muestra estuvo conformada por 49 gestantes con resultado reactivo en la prueba rápida y 22 casos con prueba confirmatoria. Se halló como resultados que la tercera parte de gestantes (32,70%) comenzaron su vida sexual entre los 13 a 15 años, el 46,94% tuvieron entre 3 a 4 parejas sexuales (46,94%), el 79,59% tuvo entre 1 a 2 atenciones prenatales, y de las confirmadas de sífilis, el 18,18% no se trató. Esta investigación concluyó que los factores de riesgo se asocian significativamente con el resultado reactivo de sífilis con prueba rápida en gestantes que acudieron a control prenatal en dicho nosocomio. ⁽¹⁹⁾.

Ccama M., et al. Investigaron en Arequipa en el año 2014 “Factores de riesgo para contraer sífilis en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital Goyeneche. Arequipa. 2003- 2012”, en la que se revisaron 98 historias clínicas con el diagnóstico de sífilis. 38 casos se compararon con el grupo control. La técnica utilizada fue la entrevista realizada durante los meses de Agosto – Noviembre del 2013. Los resultados mostraron que el 44.7% de las

gestantes tuvo entre 26-36 años, el 47.4% tuvo el grado de instrucción secundaria, el 73.7% correspondía a un ingreso económico marginal muy bajo, el 23.7% consumió bebidas alcohólicas, el 52.6% sufrió violencia, el 39.5% tuvo dos o más compañeros sexuales, el 60.5% del compañero sexual tuvo más de dos parejas sexuales, el 86.8% inicio su vida sexual entre los 12-20 años, el 86.8% tuvo una práctica sexual génito-genital sin protección, el 52.6% tuvo una práctica sexual génito-oral sin protección y un 81.6% no tuvo una práctica sexual génito-anal, el 71.1% tuvo historial pasado de ITS y el 50% de las parejas de la gestante de igual manera⁽²⁰⁾.

Después de una revisión sobre los factores de riesgo que se asocian a contraer sífilis en las gestantes, se describirá a continuación en base a distintas literaturas los conceptos sobre sífilis:

La sífilis es una infección de transmisión sexual de tipo bacteriana causada por *Treponema pallidum* que generalmente se transmite por el contacto directo con úlceras infecciosas denominadas chancros localizadas en los genitales, el ano, la boca; por medio de transfusiones sanguíneas, o mediante la transmisión vertical de la madre al bebé durante la gestación⁽⁸⁾. El período de incubación oscila entre 10 y 90 días. Las lesiones mucocutáneas en la fase primaria y secundaria pueden originar que en cualquier momento ocurra el contagio de una persona a otra, siendo el primer año el máximo riesgo de transmisión⁽¹⁸⁾.

Según la Norma Técnica del MINSA⁽²¹⁾ se define a toda gestante con diagnóstico de sífilis con prueba rápida treponémica reactiva y prueba RPR cuantitativa mayor o igual a ocho dils.

A. Fases y manifestaciones clínicas

La fase primaria, secundaria y latente corresponde a la fase temprana de esta infección; mientras que la fase tardía o terciaria corresponde a las complicaciones graves⁽²²⁾.

En la **fase primaria** aparecen las úlceras o chancros que puede ir acompañado de inflamación de los ganglios linfáticos. Sin un tratamiento recibido estas lesiones cicatrizan en un período de 2 a 6 semanas y cerca de la tercera parte de los pacientes progresan a una sífilis secundaria ⁽²³⁾.

La **fase secundaria** inicia 4 a 8 semanas después de la aparición de los chancros caracterizada por lesiones mucocutáneas (roséola sifilítica), que consisten en erupciones rojizas y redondas (5 a 12 mm de diámetro) localizadas o difusas con predominio en el tórax, brazos o abdomen y afectación palmo plantar. Otras manifestaciones clínicas son los condilomas planos, localizados en pliegues donde hay humedad como la zona perianal, ingle, genitales y axilas. También suele haber malestar general, dolor muscular, trastornos gastrointestinales y pérdida de peso. Sin tratamiento estas manifestaciones suelen tener una duración de días o semanas, luego desaparecen; pero las bacterias aún quedan originando a continuación la fase latente ^{(23), (24)}.

La **fase latente** es un periodo asintomático y las pruebas serológicas detectan la infección. Sin embargo, los pacientes todavía pueden contagiar debido a que existen pequeñas bacteriemias. Sin tratamiento, cerca de la mitad de los pacientes desarrollarán sífilis terciaria, en un lapso de 5 a 50 años ^{(23), (24)}.

La **fase terciaria**, conocida como la gran simuladora, es la etapa final que ocurre varios años después de la infección que no fue tratada, y se caracteriza por comprometer el sistema nervioso central (neurosífilis), el sistema cardiovascular con inflamación de la aorta (sífilis cardiovascular) y sífilis gomosa que consta de lesiones que destruyen la piel y los huesos. Debido a la gravedad de estas lesiones puede originar la muerte del paciente ⁽²³⁾.

Según estudios realizados por Neira y col ⁽²⁵⁾, una gestante con sífilis en cualquiera de sus fases puede transmitir al feto la infección generalmente luego de la semana 16, es decir a partir del segundo trimestre en adelante.

B. Diagnóstico

Se basa en la anamnesis, la exploración física y las pruebas de laboratorio. Entre las pruebas de laboratorio se encuentran las pruebas no treponémicas y las pruebas treponémicas. El diagnóstico presuntivo de la sífilis exige que al menos uno de esos dos tipos de prueba sea positivo. Mientras que para confirmar el diagnóstico se necesita que ambos tipos de prueba sean positivos ⁽²⁾.

Las **pruebas no treponémicas** son pruebas de evaluación inicial (tamizaje), que detectan anticuerpos no específicos. Los más usuales son RPR y VDRL, estas se positivizan luego de 2 semanas de aparecer el chancro y se negativizan dentro de los 6 meses posteriores a un tratamiento efectivo en la mayoría de pacientes inmunocompetentes. Sin embargo, las pruebas pueden seguir siendo positivas con títulos bajos en algunos pacientes toda la vida ^{(23), (26)}.

Las **pruebas treponémicas** son pruebas confirmatorias que detectan anticuerpos específicos contra *Treponema pallidum*. No distingue infección actual de pasada o previamente tratada. Los más utilizados son TPHA, el TP-PA o el FTA-ABS. Estas se positivizan en las primeras dos semanas después de aparecer el chancro, por eso son útiles para detectar sífilis temprana cuando todavía las pruebas no treponémicas son negativas. También se incluyen la Prueba Rápida de Sífilis (PRS) y la prueba ELISA ^{(23), (26)}.

También existen las pruebas rápidas duales (PRD) que detectan anticuerpos (pruebas de tercera generación) de manera conjunta para VIH y para sífilis mediante un solo procedimiento. ⁽²¹⁾

La Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la Sífilis (ETMI) ⁽²⁾ ejecutada por la OMS, recomienda someter sistemáticamente a todas las gestantes en la primera consulta de atención prenatal a una prueba de tamizaje de sífilis. A su vez, la normativa del MINSA ⁽²¹⁾ manifiesta que toda gestante debe ser tamizada en dos oportunidades con PRD o PRS. El primer tamizaje en primer trimestre coincidiendo con la primera atención prenatal y el segundo tamizaje durante el tercer trimestre. En caso la gestante inicie su primera atención de

forma tardía (segundo o tercer trimestre del embarazo), la segunda prueba se realizará con tres meses de diferencia. En caso la PRD o PRD salga reactivo, se solicitará prueba RPR cuantitativo de manera inmediata. Las pruebas confirmatorias solo se realizarán a gestantes o puérperas con resultados discordantes entre la PRD/PRS y el RPR.

C. Tratamiento

2,4 MUI IM de penicilina G benzatínica es el tratamiento de elección. Para aquellos pacientes con sífilis primaria dentro del primer año recibirán una sola dosis intramuscular, sin embargo, se recomienda repetir la dosis semanal (1 o 2 veces) cuando el paciente no va a acudir a sus controles post tratamiento y también en las gestantes. De igual manera los pacientes que tienen la infección por más de un año recibirán más dosis ⁽²⁴⁾. En caso de alergia a la penicilina se puede utilizar tetraciclina, eritromicina o ceftriaxona según los esquemas recomendados por el MINSA ⁽²¹⁾.

En caso de sífilis secundaria y sífilis latente precoz se utiliza el mismo esquema. Y para la sífilis latente tardía y la terciaria sin sospechas de neurosífilis se recomiendan 7,2 MUI de penicilina G benzatínica IM en 3 dosis con intervalo de 1 semana ⁽²⁴⁾. El plan para neurosífilis es de penicilina G cristalina 12 a 20 MUI/d i/v en 6 dosis diarias, por 10 a 14 días ⁽¹³⁾.

El tratamiento en la gestante o puérpera es penicilina G benzatínica 2,4 MUI IM, una dosis semanal por 3 semanas consecutivas y se administra inmediatamente luego de la prueba PRD o PRS reactiva. Como tratamiento alternativo solamente en casos de alergia a la penicilina y haya fracasado la desensibilización se puede utilizar ceftriaxona 1 gr IM cada 24 horas por 14 días ⁽²³⁾.

Según un estudio realizado por Myles T. y col ⁽²⁷⁾, la penicilina puede originar contracciones tempranas, sufrimiento fetal y parto pretérmino, cuyo mayor riesgo

ocurre en los primeros 2 días iniciado el tratamiento. Esta reacción es denominada reacción Jarish-Herxheimer, y sucede debido a la rápida destrucción de espiroquetas a causa de la penicilina.

D. Prevención

Se recomienda que las personas sexualmente activas mantengan una relación estable y mutuamente monógama, utilicen preservativos tanto masculinos o femeninos; y se realicen regularmente pruebas de detección de VIH y otras ITS ⁽²⁸⁾.

De acuerdo al MINSA ⁽²¹⁾ recomienda que todos los establecimientos de salud brinden orientación y consejería a las gestantes sobre prevenir la transmisión materno-infantil de la sífilis, así como otras ITS de transmisión vertical. Identificar factores de riesgo que incluyan el no uso del preservativo, violencia, múltiples parejas sexuales, entre otros. He aquí la importancia de que en las primeras 12 semanas del embarazo se realice la primera atención prenatal y a su vez realizar tan pronto sea posible la prueba de tamizaje ⁽²⁵⁾.

La transmisión vertical de sífilis es un problema de salud pública importante en todo el mundo. En el Perú, según Ortiz A. ⁽²⁹⁾, la incidencia de sífilis congénita comprende entre 0,3 a 0,5 casos por cada 1000 nacidos vivos en los últimos 5 años. La gestante transmite la infección al feto por vía trans placentaria a través de las vellosidades coriales con una mayor probabilidad de infección en el segundo y tercer trimestre. Si no es tratada durante la gestación puede originar abortos, muerte fetal, parto pre termino, muerte perinatal así, y en el caso de los nacidos vivos originaría a largo plazo un marcado deterioro en la calidad de vida. En resumen provoca resultados graves en un 80% de los embarazos ^{(10), (30)}.

La sífilis congénita, sin embargo, se puede prevenir implementando estrategias eficaces para su detección y tratamiento oportuno durante la gestación. Sí la gestante recibe un tratamiento adecuado en las primeras etapas de su embarazo, el riesgo de que el bebé sufra efectos perjudiciales es mínimo ^{(2), (10)}.

Un **factor de riesgo** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión ⁽³¹⁾. La bibliografía demuestra que existen diversos factores de riesgo para padecer esta infección, entre ellos se encuentran:

El estudio de Soto ⁽¹⁶⁾ informa que las jóvenes son más susceptibles de contagiarse de una ITS, ya que aún no se han desarrollado por completo los mecanismos de defensa en la vagina y el cérvix, como el pH ácido, el moco cervical espeso, además del menor grado de ectopia y la exposición del epitelio del cérvix. A su vez, diversos estudios concuerdan que la edad adolescente y la edad joven son los grupos etáreos que más se asocian a la sífilis ^{(3), (9), (32)}. Además que, según dos estudios ^{(33), (34)} concuerdan en que los adolescentes y jóvenes conocen la infección por el VIH, pero desconocen otras ITS, mucho más frecuentes como es el caso de la sífilis.

Gestantes que residen en zonas rurales tienen más riesgo de sífilis y esto está demostrado por un estudio en Brasil ⁽³²⁾, las mujeres que viven en zonas rurales a menudo se enfrentan a la falta de acciones preventivas adecuadas. Otro estudio en Etiopía ⁽¹²⁾ indica que la probabilidad de sífilis es casi tres veces mayor entre los residentes rurales en comparación con los residentes urbanos.

Estudios concuerdan que el no tener una relación estable se asocia a sífilis, entre los cuales tenemos: el estudio realizado en Paraguay ⁽¹⁸⁾, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de sífilis y el estado civil: unión libre. Mientras que en Etiopía un estudio indicó que el riesgo de padecer sífilis es mujeres divorciadas es 10 veces que en las casadas ⁽¹²⁾. Y el estudio de Dávila ⁽⁹⁾ asocia el estado civil soltera con sífilis en gestantes.

Un bajo nivel educativo es considerado un factor de riesgo para sífilis, pues existen menores conocimientos en cuanto a sexualidad y un menor nivel de educación sexual. A su vez los individuos no logran percibir el riesgo en que están involucrados cometiendo conductas sexuales peligrosas. Y en cuanto a las mujeres, existe una mayor incidencia de abuso y violencia, ya que estas no reconocen sus derechos. ⁽³⁵⁾.

La ocupación tiene mucho que ver con padecer sífilis. Según un estudio realizado en el distrito de San Juan de Lurigancho ⁽¹⁵⁾ de gestantes con sífilis, la gran mayoría eran amas de casa, condiciones que dan a notar la limitación económica que poseen estas por lo que buscan mejorar su ingreso económico a través de la prostitución que conlleva a un riesgo de padecer ITS.

El tener varios embarazos es considerado un factor de riesgo porque para que se dé el embarazo probablemente haya ocurrido varios procesos de contacto sexual ⁽⁹⁾. En un estudio realizado en Brasil ⁽¹¹⁾, se demostró que mujeres que hayan tenido previamente de 4 a más embarazos tienen el doble de riesgo de padecer sífilis.

Estudios reportan que el antecedente de aborto es un factor de riesgo para sífilis en las gestantes. Entre estos estudios se encuentran el de Tareke et al ⁽¹²⁾ realizado en Etiopia en cuya investigación se encontró que las gestantes que hayan tenido aborto tienen 4 veces mayor riesgo de contraer sífilis que las que no han tenido aborto. Y en otro estudio en China de Zhou et al ⁽³⁶⁾, se reporta que el antecedente de aborto tiene asociación significativa con sífilis en gestantes.

No asistir adecuadamente a los controles prenatales supone un factor de riesgo importante, pues es ahí en donde se detectan conductas de riesgo y se interviene oportunamente en las alteraciones que puedan ocurrir durante la gestación ⁽³⁷⁾. Además que la gestante recibe orientación y consejería sobre cómo protegerse para no adquirir infecciones de transmisión sexual. De la misma forma, gestantes que realizaron su atención prenatal tardíamente, es decir luego del primer trimestre de gestación, presentaron mayor prevalencia de la infección por sífilis ⁽³²⁾

De acuerdo con las últimas estadísticas, se observa un incremento en el porcentaje de mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años, este porcentaje aumento de 5.1% en el año 2000 a 6.9% en el año 2015, por lo tanto, más son las adolescentes que están empezando su vida sexual a temprana edad, lo que puede suponer una mayor posibilidad de contactos con distintas parejas sexuales y más riesgo de adquirir una ITS.

El número de parejas sexuales y el cambio frecuente de pareja genera mayor riesgo de infectarse por sífilis ⁽⁹⁾. En la actualidad se viene observando una mayor liberalización de los comportamientos y actitudes sexuales sobre todo en adolescentes y jóvenes. Además se observa que es el hombre quien presenta el mayor número de parejas sexuales y las mujeres tienden a tener actividad sexual dentro de una pareja estable. El número de parejas sexuales tiene connotaciones diferentes para hombres y mujeres, ya que todavía hay un fuerte prejuicio en el sentido de que al hombre se le asocia virilidad y a la mujer promiscuidad.

En el estudio de Trivedi et al ⁽¹⁰⁾ se encontró que tener un antecedente de ITS es factor de riesgo para sífilis en gestantes. También en un estudio realizado en Etiopia ⁽¹²⁾ demostró que las gestantes tienen 2.67 veces el riesgo de adquirir sífilis si han tenido antes una ITS.

Según un estudio realizado por Soto ⁽¹⁶⁾, sobre las razones por la cual tanto hombres y mujeres no prefieren usar el preservativo son: los varones informaron que no usan el condón, ya que no se dispone de él en el momento necesario; además por disminución del placer y falta de comunicación con la pareja. Las mujeres informaron que no prefieren usar por que se pierde el romanticismo e interfiere con la relación sexual. Esto pone en evidencia que muchos jóvenes prefieren no usar esta medida profiláctica importante para evitar infecciones de transmisión sexual y más aún en edades comprendidas en adolescentes y jóvenes donde se observa mayor promiscuidad y cambios de pareja constante.

Los hábitos nocivos hace referencia al consumo psicoactivos (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, etc.) que genera que el control y la capacidad de juicio se vean vulnerados en la persona y no se dé la protección durante la relación sexual ⁽³⁶⁾, pues estas hacen que se realice conductas sexuales peligrosas como el no uso del preservativo, sexo casual o que involucre a más de una persona en el acto sexual (tríos sexuales, orgías).

Definición de términos

- **Sífilis:** Es una infección de transmisión sexual causada por *Treponema pallidum*, que generalmente se transmite por el contacto con úlceras infecciosas, por medio de las transfusiones de sangre, o mediante la transmisión materno-infantil durante el embarazo ⁽⁸⁾.
- **Factor de riesgo:** Es una característica, una condición o un hábito que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o una lesión concreta ⁽³¹⁾.
- **RPR:** Cuyas siglas significan “Reagina Plasmática Rápida”. Es una prueba no treponémica para el tamizaje y control post tratamiento de sífilis ⁽²¹⁾.
- **VDRL:** Cuyas siglas significan “Venereal Disease Research Laboratory”, es decir, Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas. Es una prueba no treponémica para el tamizaje y control post tratamiento de sífilis ⁽²¹⁾.
- **TPHA:** Cuyas siglas significan “Treponema pallidum Hemagglutination”, es decir. Es una prueba confirmatoria de tipo treponémica de alta especificidad para el diagnóstico de sífilis ⁽²¹⁾.
- **PRS:** Prueba rápida de sífilis. Es una prueba inmunocromatográfica que usa antígenos recombinantes treponémicos para detectar anticuerpos ⁽²⁶⁾.
- **PRD:** Pruebas rápidas duales para VIH y sífilis. Son pruebas de tamizaje de tercera generación que detectan anticuerpos de manera conjunta para VIH y para *Treponema pallidum* mediante un solo procedimiento” ⁽²¹⁾.
- **Atención Prenatal:** Evaluación de manera integral y vigilancia a la embarazada y al producto que está por nacer. Brindándoles el paquete básico de intervenciones que permita detectar oportunamente los signos de alarma , factores de riesgo y brindar una buena educación para el autocuidado ⁽²¹⁾.
- **Hábitos nocivos:** Consumo de una sustancia nociva que incrementa el riesgo de sufrir un deterioro como el alcohol, tabaco, drogas, etc ⁽¹⁵⁾.

Objetivos

Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo asociados a sífilis en las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 - 2020.

Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 – 2020
- Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 – 2020
- Establecer los factores de riesgo conductuales asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 – 2020.

Hipótesis

Hipótesis General

H1: Existen factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 – 2020.

Ho: No existen factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 – 2020.

Hipótesis Específicas

- Los factores de riesgo sociodemográficos están asociados a sífilis en las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo durante el periodo 2015 al 2020.
- Los factores de riesgo obstétricos están asociados a sífilis en las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo durante el periodo 2015 al 2020.
- Los factores de riesgo conductuales están asociados a sífilis en las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo durante el periodo 2015 al 2020.

II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Desde un punto de vista epidemiológico, según los autores Argimon y Jiménez ⁽³⁸⁾, se trata de un estudio:

Analítico de casos y controles, ya que la finalidad será evaluar la presunta relación o asociación entre la causa o factor (factores de riesgo) ante un fenómeno (sífilis). Los casos corresponderán a las gestantes con diagnóstico de sífilis y los controles a las gestantes sin sífilis.

Transversal, porque los datos de cada sujeto serán recogidos en un determinado momento o en un momento del tiempo.

Observacional, ya que el estudio no será controlado por el investigador, sino solo se limitará a observar, identificar y analizar determinadas variables en los sujetos.

Retrospectivo, porque el diseño fue posterior a los hechos estudiados, es decir las gestantes ya fueron diagnosticadas o no con sífilis y esto se encuentra archivado en las historias clínicas.

Además de enfoque cuantitativo porque se utilizaran procedimientos estadísticos para los resultados del presente estudio.

2.2 POBLACION DE ESTUDIO

Corresponde al total de gestantes tamizadas para sífilis en el “Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo” durante el periodo 2015 al mes de julio del 2020, cuya cantidad promedio fue de 3 676 gestantes.

Año 2015: 955 gestantes tamizadas

Año 2016: 568 gestantes tamizadas
 Año 2017: 667 gestantes tamizadas
 Año 2018: 683 gestantes tamizadas
 Año 2019: 596 gestantes tamizadas
 Año 2020 (Enero a Julio): 207 gestantes tamizadas

2.3 MUESTRA DE ESTUDIO

Unidad de Análisis: Está constituida por la gestante tamizada para sífilis en el periodo del 2015 a julio del 2020 con y sin diagnóstico de sífilis que cumplan los criterios de inclusión y exclusión tanto para los casos y para los controles.

Selección de muestra: Para obtener la muestra mencionada, se utilizó la siguiente fórmula para casos y controles:

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

Donde:

n= tamaño muestral.

p1= frecuencia de la exposición entre los casos (0,49).

p2= frecuencia de la exposición entre los controles (0,37).

p = promedio entre p1 y p2 (0,43).

$z_{1-\alpha/2}$ = valor de la distribución normal estándar para un nivel de seguridad de 95% (1,96).

$z_{1-\beta}$ = valor de la distribución normal estándar para una potencia estadística del 80 % (0,80).

N° de controles por caso: 2

Odds ratio a detectar: 2.4

Reemplazando los valores se obtiene una muestra de:

Casos: 63

Controles: 126

Criterios de selección:

Para los casos:

Criterios de inclusión:

- Gestantes con diagnóstico de sífilis con prueba reactiva PRS/PRD o RPR/VDRL bajo cualquier título cuyas historias clínicas se encuentren apuntadas en el “Libro de Registro de Atención y Seguimiento a la Gestante con Sífilis” durante el periodo 2015 a Julio del 2020.
- Gestantes con diagnóstico de sífilis cuyas historias clínicas estén con los datos completos que se requiere en el instrumento.

Criterios de exclusión:

- Gestantes diagnosticadas con sífilis cuyas historias clínicas se encuentren extraviadas debido a la antigüedad de la atención.

Para los controles:

Criterios de inclusión:

- Gestantes que no tengan sífilis atendidas en el establecimiento durante el año 2015 a Julio 2020.
- Gestantes cuyas historias clínicas tengan los datos completos que se requieren para el instrumento.

Criterios de exclusión:

- Gestantes cuyas historias clínicas se hallen extraviadas o incompletas.

2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Sífilis en gestantes (**variable dependiente**)

Factores de riesgo (**variable independiente**):

Factores sociodemográficos:

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Procedencia

Factores obstétricos

- Número de embarazos
- Antecedente de aborto
- Número de atenciones prenatales recibidas
- Inicio de la atención prenatal
- Edad de IRS
- Número de parejas sexuales (Andria)
- Diagnóstico o antecedente de otra ITS

Factores conductuales:

- Uso del preservativo
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Tabaquismo

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Fuente de verificación	Ítems de la ficha	Codificación	Instrumento de medición
Sífilis	Infección curable causada por una bacteria llamada <i>Treponema pallidum</i> . Se transmite por vía sexual y también, durante el embarazo, de la madre al feto.	Gestante con diagnóstico de sífilis mediante Prueba de tamizaje no treponémica RPR / VDRL o treponémica (PRSP/PRD) positivo.		Diagnóstico de sífilis gestacional	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	-Sí -No	0 1	Ficha de recolección de datos
Factores de riesgo	Es una característica, una condición o	Circunstancia o situación	Factores sociodemográficos	Edad	Cualitativo	intervalo	Historia clínica	- < 20 años - 20 - 34 años - ≥35 años	0 1 2	Ficha de recolección de datos

	un hábito que aumentan las probabilidades de que una persona desarrolle sífilis	que aumenta la probabilidad de una gestante de contraer sífilis								
				Procedencia	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	-urbano marginal -urbano	0 1	Ficha de recolección de datos
				Estado civil	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	-Soltera -Conviviente -Casada -Otro	0 1 2 3	Ficha de recolección de datos
				Grado de instrucción	Cualitativa	Intervalo	Historia clínica	-Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Técnica -Superior	0 0 0 1 2 3	Ficha de recolección de datos
				Ocupación	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	-Ama de casa -Estudiante -Profesional -Otros	0 1 2 3	Ficha de recolección de datos
			Factores obstétricos	Número de embarazos	Cualitativa	Ordinal	Historia clínica	-Primigesta -Segundigesta -Multigesta	1 2 0	Ficha de recolección de datos

				Antecedente de aborto	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	-Sí -No	0 1	Ficha de recolección de datos
				Atenciones prenatales	Cualitativa	Intervalo	Historia clínica	- Menor de 6 APN - 6 a más APN	0 1	Ficha de recolección de datos
				Inicio de la atención prenatal	Cualitativo	Nominal	Historia clínica	-Precoz (dentro del primer trimestre de gestación) -Tardío (durante el segundo o tercer trimestre)	1 0	Ficha de recolección de datos
				Edad de la primera relación sexual (IRS)	Cualitativa	Intervalo	Historia clínica	- Menor igual de 18 años - 19 años a más	0 1	Ficha de recolección de datos
				Número de parejas sexuales (Andria)	Cualitativa	Intervalo	Historia clínica	-1 a 2 parejas -3 parejas a más	1 0	Ficha de recolección de datos

				Diagnóstico o antecedente de otra ITS	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	-Sí -No	0 1	Ficha de recolección de datos
			Factores conductuales	Uso de preservativo	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	-Siempre - A veces -Nunca	1 0 0	Ficha de recolección de datos
				Consumo de alcohol	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	-Sí -No	0 1	Ficha de recolección de datos
				Consumo de drogas	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	-Sí -No	0 1	Ficha de recolección de datos
				Tabaquismo	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	-Sí -No	0 1	Ficha de recolección de datos

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnica:

La técnica consistió en revisión documentaria de las historias clínicas de las gestantes que se atendieron en el establecimiento en el periodo de estudio.

Instrumento:

El instrumento consistió en una ficha de recolección de datos que contiene 16 preguntas formuladas cuyas respuestas fueron extraídas de las historias clínicas de las gestantes atendidas durante el período de estudio.

La ficha de recolección de datos consta de 3 secciones: la primera contiene 5 preguntas sobre datos sociodemográficos de la gestante, la segunda sección contiene 7 preguntas sobre los datos obstétricos de la gestante y la tercera sección contiene 4 preguntas sobre los datos conductuales de la gestante. Para la aprobación de dicho instrumento se requirió de un juicio de expertos en el tema.

Validación del instrumento:

Mediante Juicio de Expertos; se aplicó el “Método de Agregados Individuales” (Anexo II) en donde 5 profesionales expertos en el tema dieron su opinión sobre las premisas de la ficha de recolección de datos y evaluaron si lo establecido es suficiente para cumplir los objetivos del presente estudio.

Se utilizó la prueba binomial para realizar el análisis con el fin de evaluar la validez de cada ítem de la ficha, dando como resultado evidencias estadísticas que demuestran la concordancia favorable entre los cinco jueces expertos respecto a la validez del instrumento ($p < 0.05$) de los ítems 1, 2, 4, 6 y 7. Los ítems: 3, 5 y 8 tienen un $p > 0.05$, por lo tanto, al no existir concordancia favorable para estos ítems, se evaluaron las observaciones y sugerencias de los expertos y se realizaron los cambios respectivos para poder proceder al siguiente paso.

Se solicitó permiso a la jefatura del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo (Anexo IV) para la revisión de las historias clínicas y así poder recolectar los datos.

2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la recolección de los datos y el análisis se siguieron los siguientes pasos:

- a. Aprobación del proyecto de investigación tanto por la Escuela Profesional de Obstetricia como del Comité de Ética de la facultad (Anexo III) y de la jefatura del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. (Anexo IV).
- b. Se coordinó con el personal de archivos para tener acceso a las historias clínicas de las gestantes atendidas en dicho establecimiento desde el año 2015 hasta el mes de Julio del 2020, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión tanto de los casos como de los controles.
- c. Una vez obtenidos todos los datos de la ficha de recolección, se procedió a la elaboración de una base de datos en el programa EXCEL.
- d. Se realizó la limpieza de datos para el adecuado estado de la matriz de datos para su posterior análisis.
- e. Los datos recolectados fueron exportados al programa SPSSv25 para su análisis.
- f. Para el análisis descriptivo se utilizó estadísticos de resumen, en este caso para las variables cualitativas se empleó las frecuencias y porcentajes.
- g. Para el análisis bivariado se empleó la prueba chi cuadrado de Pearson considerando un valor significativo aquellos con p valor < 0.05 .
- h. Para el análisis multivariado se incluyó a las variables con p valor < 0.05 en el análisis bivariado; con ello se obtendrá el análisis de Odds Ratio y se consideró los IC al 95%. Se consideró un factor asociado a aquellos con $OR > 1$ e $IC > 1$.
- i. Posteriormente los datos obtenidos se presentaron en tablas y/o gráficos según corresponda apoyados con el programa SPSSv.25.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para las actividades realizadas en la presente investigación se tomaron las recomendaciones para la investigación biomédica con seres humanos especificadas en la “Declaración de Helsinki” de la Asociación Médica Mundial, donde se hace referencia a la investigación médica en seres humanos que incluye el elemento humano como también su información identificable; a partir de ello se insta a los a preservar por la salud de los pacientes y proteger su privacidad en todo momento. Es por ello que en la presente investigación al tratarse de la vida íntima de la persona y datos de su sexualidad no se colocó los datos de identidad como nombre, apellidos o número de DNI de la gestante. Y esto va acorde también a lo estipulado por el artículo N°25 de la Ley General de Salud, ya que al no tener la identificación de los participantes del estudio se garantizó a la confidencialidad de la información.

Por otro lado, el presente estudio identificó los factores de riesgo asociados a sífilis de las pacientes diagnosticadas a través de fuentes documentales, mas no se realizaron intervenciones invasivas, por ello la presente investigación es catalogable “sin riesgo mínimo” según el Ministerio de Salud (MINSA).

III. RESULTADOS

A continuación se presenta los resultados de 189 gestantes atendidas en el “Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo” en el periodo del 2015 a Julio del 2020.

Tabla 1. “Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 – 2020”

	n	%
Edad		
≤19 años	36	19
20-34	131	69,4
≥35 años	22	11,6
Procedencia		
Urbano	96	50,8
Urbano marginal	93	49,2
Estado civil		
Casada	42	22,2
Conviviente	84	44,5
Divorciada	1	0,5
Soltera	62	32,8
Grado de instrucción		
Primaria incompleta	1	0,5
Primaria completa	2	1,1
Secundaria incompleta	34	18,0
Secundaria completa	104	55,0
Técnica	14	7,4
Superior	34	18,0
Ocupación		
Ama de casa	93	49,2
Estudiante	11	5,8
Profesional	62	32,8
Otros(comerciante, negocio propio, empleada de hogar)	23	12,2
Total	189	100

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla 1, las gestantes atendidas en el establecimiento en su mayoría (69.4%) se ubicaron entre los rangos de edad de 20 a 34 años; luego se ubicaron aquellas con una edad menor igual de 19 años (19%) y aquellas con edades entre 35 a más años (11.6%). En cuanto a la procedencia, las que residen en zonas urbanas (50,8%) y las de zonas urbano – marginales (49.2%). La mayoría de gestantes correspondió al estado civil conviviente (44,5%), seguida del estado

civil soltera (32,8%), las casadas correspondió al 22,2% y solo el 0,5% eran divorciadas. Con respecto al grado de instrucción la gran mayoría (55%) tuvo secundaria completa, seguidamente se ubicaron aquellas con secundaria incompleta y superior universitaria con el mismo porcentaje (18%), las de educación técnica correspondió al 7,4%, primaria completa 1,1% y primaria incompleta 0,5%. La gran mayoría de gestantes eran amas de casa (49,2%), el 32,8% se dedicaban a trabajo profesional, el 12,2% correspondió a otro tipo de ocupaciones y el 5,8% era estudiante.

Tabla 2. “Características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 – 2020”

	n	%
Gravidez		
Primigesta	64	33,9
Segundigesta	66	34,9
Multigesta	59	31,2
Antecedente de Aborto		
No	146	77,2
Si	43	22,8
N° de APN		
<6	75	39,7
≥6	114	60,3
Inicio de APN		
Precoz	128	67,7
Tardío	61	32,3
IRS		
≤18	70	37,0
>18	119	63,0
Andria		
1-2	122	64,6
≥3	67	35,4
Otra ITS		
No	184	97,4
Si	5	2,6
Total	189	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se describe lo siguiente: Hubo porcentajes casi similares en lo que respecta a la gravidez, encontrándose que el 34,9% correspondió a las segundi-

gestas, seguidamente las primigestas y multigestas, con un 33,9% y 31,2%, respectivamente. Con respecto al antecedente de aborto, el 77,2% no tuvo este antecedente, mientras que el 22,8% si tuvo aborto. La gran mayoría de las gestantes (60,3%) tuvieron de 6 a más atenciones prenatales y el 39,7 tuvo menos de 6 atenciones prenatales. En cuanto al inicio de la atención prenatal, el 67,7% inició sus controles precozmente y el 32,3% lo inició de forma tardía. Una gran mayoría de gestantes (63%) inició relaciones sexuales entre los 18 años a más y el 37% inició relaciones sexuales antes de los 18 años. Con respecto al número de parejas sexuales (andria), la gran mayoría (64,6%) tuvo de 1 a 2 parejas sexuales, mientras que el 35,4% tuvo de 3 a más parejas sexuales. Un mayor porcentaje de gestantes (97,4%) no tuvo antes o actualmente una ITS, y solo 2,6% si presentó.

Tabla 3. “Características conductuales de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 – 2020”

	n	%
Uso del preservativo		
Nunca		
A veces		
Siempre		
Consumo de alcohol		
No	180	95,2
Si	9	4,8
Consumo de drogas		
No	182	96,3
Si	7	3,7
Tabaquismo		
No	187	98,9
Si	2	1,1
Total	189	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 describe lo siguiente: Se encontró que el 72,5% a veces utilizaba el preservativo, el 16,9% lo utilizaba siempre y el 10,6 nunca utilizó preservativo en las relaciones sexuales.

La gran mayoría de gestantes (95,2%) no consume alcohol y solo el 4,8% si lo consume. El 96,3 no consume drogas, mientras que el 3,7% sí consume. Y con respecto al tabaquismo el 98,9 no lo realiza y el 1,1 sí.

Tabla 4: “Factores sociodemográficos asociados a la sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 – 2020”

	Sífilis				p
	Controles		n	Casos	
	n	%		%	
Edad					0,000
≤19 años	2	1,6	34	54,0	
20-34	105	83,3	26	41,3	
≥35 años	19	15,1	3	4,7	
Procedencia					0,000
Urbano	82	65,1	44	77,8	
U. Marginal	44	34,9	49	22,2	
Estado civil					0,000
Casada	40	31,7	2	3,2	
Conviviente	59	46,8	24	38,1	
Divorciada	2	1,6	0	0	
Soltera	25	19,8	37	58,7	
Grado de instrucción					0,529
Prima- ria.inc	0	0	1	1,6	
Prima- ria.com	0	0	2	3,2	
Secunda- ria.inc	4	3,2	30	47,6	
Secunda- ria.com	76	60,3	28	44,4	
Técnica	12	9,5	2	3,2	
Superior	34	27,0	0	0	
Ocupación					0,000
Ama de casa	44	34,9	49	77,8	
Estudiante	7	5,6	4	6,3	
Profesional	23	18,3	0	0	
Otros	52	41,3	10	15,9	

Fuente: Elaboración propia

Evaluado mediante análisis bivariado

**Prueba Chi cuadrado de Pearson*

En la Tabla N°4, mediante el análisis bivariado se analiza la asociación entre los factores sociodemográficos y la presencia de sífilis en gestantes. Se encontró lo siguiente:

En cuanto a la edad en el grupo de las gestantes con sífilis (casos) predominaron las adolescentes (≤ 19 años) con un 54%, mientras que en el grupo de las gestantes sin sífilis (controles) predominaron las gestantes entre los 20 a 34 años con un 83,3%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de sífilis en gestantes ($p=0.000$).

Sobre la procedencia, las gestantes con sífilis que procedían de zonas urbano - marginales fue de 77,8%, caso contrario se observó en las del grupo control, ya que solo el 34,9% procedían de zonas urbano - marginales. Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre la procedencia y sífilis ($p=0.000$).

En el grupo de los casos predominó el estado civil soltera con un 58,7%, mientras que en el grupo de los controles predominó el estado civil conviviente con un 46,8%. Se evidenció asociación significativa entre el estado civil y sífilis ($p=0.000$).

En las gestantes del grupo de los casos predominó el grado de instrucción secundaria incompleta con un 47,6%, mientras que en las del grupo control predominó el grado de instrucción secundaria completa con un 60,3%. No se evidenció asociación significativa entre el grado de instrucción y sífilis ($p=0.529$).

Por último, en las gestantes del grupo casos predominaron las amas de casa con un 77,8%, mientras que en el grupo control predominaron las que tienen otros tipos de ocupación con un 41,3%. Se evidenció asociación significativa entre la ocupación y sífilis ($p=0.000$).

Tabla 5: “Factores obstétricos asociados a la sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 – 2020”

	Sífilis				p*
	Controles		Casos		
	n	%	n	%	
Gravidez					0,018
Primigesta	34	27,0	30	47,6	
Segundigesta	49	38,9	17	27,0	
Multigesta	43	34,1	16	25,4	
Antecedente de Aborto					0,902
No	97	77,0	49	77,8	
Si	29	23,0	14	22,2	
N° de APN					0,000
<6	35	27,8	40	63,5	
≥6	91	72,2	23	36,5	

Inicio de APN					0,000
Precoz	102	81,0	26	41,3	
Tardío	24	19,0	37	58,7	
IRS					0,000
≤18	21	16,7	49	77,8	
>18	105	83,3	14	22,2	
Andria					0,002
1-2	91	72,2	31	49,2	
≥3	35	27,8	32	50,8	
Otra ITS					0,227
No	126	100	58	92,1	
Si	0	0	5	7,9	

Fuente: Elaboración propia

Evaluado mediante análisis bivariado

** Prueba Chi - cuadrado de Pearson*

En la Tabla N°5, mediante el análisis bivariado se analiza la asociación entre los factores obstétricos y la presencia de sífilis en gestantes. Se encontró lo siguiente:

En las gestantes con sífilis (casos) predominaron las primigestas con un 47,6%, mientras que en el grupo de las gestantes sin sífilis (controles) predominaron las segundigestas con un 38,9%. Se demostró asociación significativa entre la gravidez y la presencia de sífilis en gestantes ($p=0.018$).

En cuanto al antecedente de aborto en el grupo control el 77.8% no lo tuvo, mientras que el 22.2% sí lo tuvo. Y en el grupo de los controles el 77% no tuvo aborto y el 23% sí tuvo. No se demostró asociación significativa entre el antecedente de aborto y sífilis ($p=0.092$).

Las gestantes del grupo casos que tuvieron menos de 6 atenciones prenatales correspondió al 63,5% y las gestantes del grupo control que tuvieron más de 6 atenciones prenatales correspondió al 72,2%. Se evidenció asociación significativa entre el número de atenciones prenatales y sífilis ($p=0.000$).

En el grupo de los casos predominaron las que iniciaron su atención prenatal tardíamente (58,7%), mientras que en el grupo de los controles solo el 19% lo iniciaron tardíamente. Se evidenció asociación significativa entre el inicio de la atención prenatal y sífilis ($p=0.000$).

En cuanto al inicio de relaciones sexuales, en el grupo de los casos el 77,8% lo inició de manera precoz (≤ 18 años) mientras que en el grupo de los controles solo el 16,7% lo inició dentro de este grupo de edad. Se encontró asociación significativa entre el inicio de relaciones sexuales y sífilis ($p=0.000$).

Las gestantes del grupo de los casos que tuvieron de 3 parejas sexuales a más correspondió al 50,8%, mientras que en los controles predominó con un 91% las que solo tuvieron entre 1 a 2 parejas sexuales. Se evidenció asociación significativa entre el número de compañeros sexuales y la sífilis en gestantes ($p=0.002$).

En cuanto al diagnóstico de otra ITS en las gestantes, en el grupo control se encontró que el 92,1% no tenían otra ITS, mientras que en el grupo de los controles el 100% no tenían. No se evidenció asociación significativa entre el diagnóstico de otra ITS y sífilis ($p=0.227$).

Tabla 6: "Factores conductuales asociados a la sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 – 2020"

	Sífilis				p*
	Controles		Casos		
	n	%	n	%	
Uso del preservativo					0,000
Nunca	0	0	20	31,7	
A veces	95	75,4	42	66,7	
Siempre	31	24,6	1	1,6	
Consumo de alcohol					0,000
No	126	100	54	85,7	
Si	0	0	9	14,3	
Consumo de drogas					0,267
No	126	100	56	88,9	
Si	0	0	7	11,1	
Tabaquismo					0,615
No	125	99,2	62	98,4	
Si	1	0,8	1	1,6	

Fuente: Elaboración propia

Evaluado mediante análisis bivariado

* Prueba Chi - cuadrado de Pearson

En la Tabla N°6, mediante el análisis bivariado se analiza la asociación entre los factores conductuales y la presencia de sífilis en gestantes. Se encontró lo siguiente:

Sobre el uso del preservativo, en el grupo de los casos predominaron las gestantes que a veces usaban el preservativo con un 66,7%, seguido de las que no lo usaban nunca con un 31,7% y las que siempre usaban correspondió al 1.6%.

En el grupo de los controles predominaron las gestantes que a veces usaban el preservativo con un 75,4%, seguido de las gestantes que lo usaban siempre con un 24,6% y las que nunca usaron fue el 0%. Se encontró asociación significativa entre el uso del preservativo y sífilis en gestantes ($p=0.000$).

En las gestantes con sífilis (casos) el 85,7% no consumió alcohol y el 14,3% si lo consumió; y en las gestantes sin sífilis (controles) el 100% no consumió alcohol. Se encontró asociación significativa entre consumo de alcohol y la presencia de sífilis en gestantes ($p=0.000$).

En cuanto al consumo de drogas, en el grupo de los casos el 88,9% consumió drogas y en el grupo de los controles el 100% no lo consumió. No se demostró asociación significativa entre el consumo de drogas y sífilis ($p=0.267$).

Por último, las gestantes del grupo casos que no consumieron tabaco fue del 98.4% y del grupo control fue el 100%. No se encontró asociación significativa entre tabaquismo y la presencia de sífilis en gestantes ($p=0.615$).

Tabla 7: “Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo 2015 – 2020”

	p	OR	IC
Edad	0,004	20,4	2,6-156,4
Procedencia	0,001	11,271	2,7-45,8
Estado civil	0,020	2,455	1,1-5,2
Ocupación	0,054	1,643	0,9-2,7
Gravidez	0,086	0,041	0,1-1,1
Número de APN	0,001	16,496	3,3-82,4
Inicio APN	0,583	0,669	0,1-2,8
IRS	0,008	6,155	1,6-23,6
NPS	0,002	9,474	2,2-40,0
Uso de preservativo	0,014	17,197	1,7-166,6
Consumo de alcohol	0,999	1	0

Fuente: Elaboración propia

Análisis multivariado evaluado mediante regresión logística

Se realizó un análisis multivariado con el fin de evaluar si los factores de riesgo asociados, es decir los que arrojaron un valor significativo de $p < 0.05$ hallados previamente por el análisis bivariado, realmente demostraban ser determinantes a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del triunfo y su vez cuantificar el riesgo. Por lo tanto la tabla 7 muestra que:

En cuanto a los factores de riesgo sociodemográficos: las gestantes adolescentes (≤ 19 años) tienen 20,4 veces más de probabilidad de sífilis (OR=20,4 IC: 2,6-156,4), siendo esta asociación significativa ($p=0.004$). A su vez, la procedencia (urbano –marginal) tiene 11,2 veces más el riesgo de sífilis (OR=11,2 IC: 2,7-45,8), siendo esta asociación significativa ($p=0.001$).

El estado civil soltera tiene 2,4 veces más la probabilidad de sífilis (OR= 2,4 IC: 1,1-5,2), siendo esta asociación significativa ($p=0.020$). Y por último la ocupación no presentó asociación estadísticamente significativa ($p=0.054$).

En cuanto a los factores de riesgo obstétricos: Las APN menor a 6 tiene 16,4 veces más probabilidad de sífilis (OR=16,4 IC: 3,3-82,4), siendo esta asociación significativa ($p=0.001$). También el inicio de relaciones sexuales antes de los 19 años tiene 6,1 veces más probabilidad de sífilis (OR=6,1 IC: 1,6-23,6), siendo esta asociación significativa ($p=0.008$).

El número de parejas sexuales mayor a 2 tiene 9,4 veces más probabilidad de sífilis (OR=9,4 IC: 2,2-40,0), siendo esta asociación significativa ($p=0.002$).

Por último la gravidez y el inicio de atención prenatal no demostraron tener asociación significativa, ya que ambos arrojaron resultados de $p=0.086$ y $p=0.583$, respectivamente.

En cuanto a los factores de riesgo conductuales: No usar el preservativo tiene 17,1 veces más probabilidad de sífilis (OR=17,1 IC: 1,7 -166,6), siendo esta asociación significativa ($p=0.014$).

Finalmente, el consumo de alcohol no demostró tener asociación significativa ($p=0.999$).

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación fue desarrollada en el “Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo”, establecimiento correspondiente al Nivel I-4 que presenta la estrategia para la prevención y control de las ITS VIH/SIDA (ES PCITS VIH/SIDA) por normatividad del MINSA en donde se tamizan para VIH, sífilis y Hepatitis B mediante pruebas rápidas a todas las gestantes que acuden a su primera consulta de atención prenatal. De acuerdo a los resultados de la presente investigación se observa que la sífilis en gestantes aún prevalece en dicho establecimiento por lo que es esencial que se tome medidas para poder prevenir y captar los casos de sífilis activa para su adecuado tratamiento en gestantes. Las ITS aún continúan siendo un gran problema de salud pública, y se ha demostrado en el distrito de Villa María del Triunfo, debido a los casos observados en el periodo de estudio.

De acuerdo a los factores de riesgo sociodemográficos. De los 5 expuestos, 4 demostraron tener asociación estadística significativa a sífilis en el análisis bivariado y solo 3 demostraron finalmente ser factores de riesgo asociados a sífilis en el análisis multivariado.

En el presente estudio los resultados arrojaron que el mayor porcentaje de gestantes con sífilis correspondía al grupo etáreo de las adolescentes (10 a 19 años). Dicho hallazgo no guarda relación con el estudio de Churacutipa ⁽¹⁹⁾, ya que se demostró que la edad que más predominó en las gestantes con sífilis fue de 18 a 29 años y en otros estudios se encontraron que la mayor frecuencia de gestantes con sífilis corresponde al grupo etáreo de 20 -34 años ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾. Sin embargo, en el presente estudio la edad adolescente sí demostró ser un factor de riesgo para sífilis en gestantes. Esto contrasta con lo encontrado por Benitez ⁽¹⁸⁾, ya que en su estudio, el grupo etáreo comprendido entre 20 a 39 años demostró tener asociación estadísticamente significativa de sífilis en gestantes. Es importante señalar que las adolescentes que empiezan su vida sexual a una edad precoz como lo encontrado en nuestro estudio, la expone más a conductas de riesgo y por lo tanto a adquirir ITS como la sífilis.

Las gestantes cuya procedencia correspondía a zonas urbano marginales demostró ser un factor de riesgo asociado a sífilis. Este hallazgo guarda similitud con lo encontrado por Tareke et al ⁽¹²⁾ en Etiopía, ya que se demostró asociación significativa y que la probabilidad de sífilis fue casi tres veces mayor entre los residentes rurales en comparación con los residentes urbanos. Además que en el estudio de Dávila ⁽⁹⁾ la mayoría de las gestantes con sífilis (56%) procedía de zonas urbano-marginales. Las gestantes que residen en zonas marginadas tienen menos acceso a la educación, su nivel socioeconómico por lo general es bajo y no tienen los conocimientos necesarios para poder protegerse de ITS. Asimismo, las mujeres que habitan en zonas rurales frecuentemente se enfrentan a la falta de acciones preventivas adecuadas lo que podría contribuir a la propagación de la sífilis.

El estado civil soltera también demostró ser un factor de riesgo. Este hallazgo es muy similar a lo encontrado por el estudio de Dávila ⁽⁹⁾ donde también se identificó a dicho estado civil como un factor de riesgo encontrándose un OR de 3.1. Por lo tanto se puede suponer que estado civil soltera de la gestante la pone en una situación de alto riesgo de contraer ITS como es la sífilis, donde la falta de compromiso permite el cambio de pareja de manera frecuente y a su vez ser más susceptible a tener relaciones sexuales sin protección y de manera promiscua.

En este estudio no se encontró asociación estadística significativa entre el grado de instrucción y sífilis en gestantes. Esto está en conformidad con la investigación realizada en Etiopía ⁽¹²⁾ ya que tampoco se encontró asociación. Por otro lado en otros estudios si se consideró un factor de riesgo ⁽¹⁴⁾. Cabe destacar que en nuestro estudio se observó los mayores porcentajes de gestantes con sífilis a aquellas que tenían secundaria incompleta (47,6%) y completa (44,4%). Estos hallazgos guardan relación con el estudio de Dávila ⁽⁹⁾, ya que el mayor porcentaje observado de gestantes con sífilis que tenían secundaria fue de 79,8% y en el de Chucos ⁽¹⁴⁾ fue de 51,6%. Es importante mencionar que conforme el grado de instrucción es más alto, el nivel de conocimientos de las gestantes es mejor y que una buena educación podría evitar posibles conductas de riesgo, ya que

se tiene más conocimiento sobre las formas de prevención de ITS y la persona es más consciente y libre de tomar sus propias decisiones.

La ocupación ama de casa demostró ser un factor de riesgo en el análisis bivariado, sin embargo en el análisis multivariado no lo demostró. Se observó que el mayor porcentaje de gestantes con sífilis (77,8%) eran amas de casa y esto guarda similitud por lo encontrado por Dávila ⁽⁹⁾, ya que se encontró un porcentaje de 78,9%; y en el estudio de Chucos ⁽¹⁴⁾ el 90.7% correspondió a esta ocupación. De igual manera en el estudio de Aguilar ⁽¹⁵⁾ cuyo porcentaje fue de 93,5%. A pesar de que en nuestro estudio no demostró que dicha ocupación sea un factor de riesgo es importante destacar que el ser ama de casa refleja una limitación económica por parte de las mujeres y que estas tengan que depender económicamente de sus parejas. Esta limitación económica podría conllevar a conductas sexuales de riesgo como la prostitución y venta o consumo de drogas, además que al no tener suficientes recursos económicos las mujeres no acuden a los establecimientos de salud para solventar sus necesidades en salud.

Sobre los factores obstétricos, el número de embarazos no demostró ser un factor de riesgo asociado en el análisis multivariado, además que se observó que el mayor porcentaje de gestantes con sífilis (46,6%) correspondió a las primigestas. Estos resultados contrastan con lo que encontrado por Costa et al ⁽¹¹⁾, ya que en su análisis multivariado se demostró que el elevado número de embarazos (4 a más) resultó ser un factor de riesgo asociado a la aparición de sífilis con un riesgo de 4.2. A su vez en el estudio de Dávila ⁽⁹⁾, el 66,1% de las gestantes con sífilis fueron multigestas y en el de Aguilar ⁽¹⁵⁾ el 56.4% lo fueron. Cabe resaltar que mientras una mujer tenga más embarazos y más aún con parejas diferentes tiene más riesgo de contacto sexual sin protección lo que repercutirá en contagios de ITS como es la sífilis.

El antecedente de aborto no demostró ser un factor de riesgo asociado en nuestro estudio, pero en el estudio realizado en Etiopia ⁽¹²⁾ sí se menciona que el tener antecedente de aborto incrementa 4.42 el riesgo de sífilis en comparación a las gestantes que no habían tenido aborto. Esto se podría explicar al hecho de que

aquellas mujeres que probablemente hayan tenido un aborto provocado ya realizaban conductas sexuales de riesgo al no buscar un embarazo como es el no uso del preservativo o estar bajo los efectos de algún alucinógeno; como resultado cabe la posibilidad de tener un embarazo no deseado. Asimismo Zhou et al ⁽³⁶⁾ expone en su estudio que esta asociación puede explicarse por el hecho de que un embarazo no deseado suele ser el resultado de un comportamiento sexual inseguro, lo que crea un riesgo doble tanto para el embarazo como para la exposición a las ITS.

El número de atenciones prenatales menor que 6 demostró ser un factor de riesgo. Este hallazgo es afín con el estudio de Costa ⁽¹¹⁾, ya que en su estudio también se encontró una fuerte asociación y demostró que la baja frecuencia a las consultas prenatales (1 a 3) presentó un riesgo de sífilis gestacional de 3,2. Además que en nuestro estudio se observó que las gestantes con sífilis que tenían menos de 6 APN correspondió al 63,5%, dato que concuerda con el estudio de Chucos ⁽¹⁴⁾, ya que el 82,8% no tuvo una APN adecuada (<6). El presente trabajo evidencia que las mujeres con baja frecuencia a las atenciones prenatales tienen mayor riesgo de aparición de sífilis, efecto que disminuye a medida que aumenta el número de APN. Esto se explica ya que en la atención prenatal se orienta y aconseja a la gestante sobre salud sexual y reproductiva, más aun a las que proceden de zonas marginadas donde no han recibido una buena educación y tienen un nivel socioeconómico bajo, que las limita de conocimientos de cómo protegerse y evitar adquirir una ITS. La APN sirve entonces para poder detectar factores de riesgo que puedan estar expuestas las gestantes y de ser así tomar las medidas adecuadas de prevención y los tamizajes respectivos.

Se observó también que el 58,7% de gestantes con sífilis iniciaron su primera atención prenatal de manera tardía, es decir durante el segundo o tercer trimestre. Este hallazgo es muy similar a lo encontrado por Cerqueira ⁽³⁾, ya que la mayor parte de las gestantes con sífilis (60%) iniciaron su atención prenatal en el segundo trimestre; y en el estudio de Aguilar ⁽¹⁵⁾ el 79,5% lo iniciaron de forma tardía (II y III trimestre). A pesar de que en nuestro estudio el inicio de APN tuvo asociación significativa en el análisis bivariado, en el análisis multivariado no se

encontró esta asociación por lo que empezar la APN tardíamente no es considerada un factor de riesgo. Sin embargo, es importante mencionar que mientras más temprano se inicia la APN, se detectan más precozmente los riesgos a las que puedan estar expuestas las gestantes para así tomar las medidas adecuadas para evitar futuras infecciones y el riesgo de transmitir la infección al bebé.

El antecedente o diagnóstico de otra ITS no tuvo asociación estadística significativa, por lo tanto en el presente estudio no se consideró un factor de riesgo asociado a sífilis. No obstante, en diferentes estudios si lo consideran como factor de riesgo, tales como el de Costa et al ⁽¹¹⁾ en donde se encontró asociación y un riesgo de 9,7 veces más a comparación con aquellas gestantes que no habían presentado otra ITS. En el presente estudio el porcentaje de aquellas gestantes con sífilis que habían presentado otra ITS correspondió al 7,9%, caso contrario lo que se observó en el estudio de Ccama ⁽²⁰⁾, ya que el porcentaje que se encontró fue del 71.1%, por ello también en dicho estudio se presentó asociación significativa entre otra ITS y sífilis en gestantes con un riesgo de 6,8. A pesar de que en nuestro estudio no se demostró asociación, es importante señalar que un antecedente de ITS incrementa el riesgo de sífilis, puesto que las ITS comparten la misma puerta de entrada que es el contacto sexual y los individuos tienen un sistema inmunológico deprimido como ocurre en el caso del VIH, por ello la persona es más susceptible a contagios.

El inicio de relaciones sexuales a una edad precoz (≤ 18 años) demostró ser un factor de riesgo en gestantes. Este hallazgo es muy parecido a lo reportado por Dávila ⁽⁹⁾, pues en su estudio también se encontró asociación significativa con un OR de 4,2. Y en otro estudio realizado en China ⁽³⁶⁾ se demostró que iniciar relaciones sexuales antes de los 20 años incrementa el riesgo 7.67 veces en comparación a las que lo inician luego de esa edad. Por tanto se concluye que iniciar una vida sexual precozmente es una conducta de riesgo; si la persona no está preparada ni física ni psicológicamente para iniciar relaciones sexuales se expone a situaciones de vulnerabilidad por falta de decisión asertiva y experiencia.

El número de parejas sexuales (>2 parejas) demostró ser un factor de riesgo. Este hallazgo se relaciona con el estudio realizado en el INMP ⁽⁹⁾ en donde se

reportó que tener de más de 2 parejas sexuales incrementa el riesgo 1,69 veces; a su vez en el estudio de Costa et al ⁽¹¹⁾ en Brasil se encontró que el riesgo de tener 3 a más parejas sexuales se eleva a 3,15. Y en el estudio de Tareke et al ⁽¹²⁾ también se encontró asociación significativa entre las múltiples parejas sexuales y sífilis con un riesgo de 5,25. Las mujeres con un número de parejas mayor igual a 3 las pone en una situación de riesgo frente a las ITS como la sífilis, este cambio frecuente de pareja se ve relacionado con el inicio precoz de relaciones sexuales demostrado así en el párrafo anterior, pues iniciar tempranamente las relaciones sexuales permite tener un número mayor de parejas a lo largo del tiempo; por lo tanto mujer que tiene más de dos parejas sexuales sin protección es más susceptible a adquirir sífilis y otras ITS.

Sobre los factores de riesgo conductuales de la gestante: Usar a veces o nunca el preservativo demostró ser un factor de riesgo. Se encontraron resultados similares en el estudio de Dávila ⁽⁹⁾, pues se encontró asociación significativa del no uso del preservativo y sífilis en gestantes, a su vez se eleva el riesgo a 19,9 veces. En el presente estudio se observó que el 66,7% de las gestantes con sífilis a veces usaba preservativo y el 31,7% nunca lo utilizó, datos que guardan relación por lo encontrado por Aguilar ⁽¹⁵⁾, ya que en su estudio el 25,8% a veces utilizaba el preservativo y 74,2% nunca utilizó. Por lo tanto se puede concluir que los resultados de la presente investigación son sumamente importantes ya que permite conocer que la probabilidad de contagio de sífilis es 17 veces más si no se usa preservativo, quizás porque las mujeres consideran que al estar con una pareja estable no están expuestas a ITS. Por otra parte el hombre aun estando consciente de su promiscuidad, no toma en cuenta la importancia del uso del preservativo como medio de protección tanto para él como para su pareja.

El consumo de alcohol demostró tener asociación estadísticamente significativa; sin embargo, en el análisis multivariado no lo consideró un factor de riesgo. Tal hallazgo se opone con el estudio de Ccama ⁽²⁰⁾, puesto que si se demostró asociación significativa entre consumir alcohol y sífilis en la embarazada con un riesgo 4 veces mayor. En nuestro estudio se encontró que un pequeño porcentaje (14,3%) de las gestantes con sífilis consumió alcohol. Resultado casi similar al de Chucos ⁽¹⁴⁾ en donde el 25,7% de las gestantes con sífilis consumió alcohol

y en el de Aguilar ⁽¹⁵⁾ el 22.5% consumió. A pesar de ser poco el porcentaje encontrado en la presente investigación y en las otras ya mencionadas, las gestantes continúan consumiendo alcohol, lo que pondría conllevar no solo a daños para el bebé, sino a conductas sexuales de riesgo como el no uso adecuado del preservativo y tener múltiples parejas sexuales.

El consumo de drogas no demostró tener asociación estadísticamente significativa. Sin embargo, en el estudio de Costa et al ⁽¹¹⁾ si se consideró un factor de riesgo asociado a sífilis en gestantes con un riesgo de 3,01 de aquellas que iniciaron a consumir drogas antes de los 18 años. Es conveniente señalar que en nuestro estudio esta variable pudo haber tenido limitaciones, ya que existe la posibilidad de que la paciente no haya dado información veraz por tratarse de preguntas íntimas. El consumo de drogas puede ser considerado un factor de riesgo, ya que al ser un fuerte alucinógeno, el individuo puede realizar conductas de riesgo que lo expongan a contagios de ITS, además que en otro estudio sí se evidencia dicha asociación como lo es el estudio de Chucos ⁽¹⁴⁾.

Finalmente, el tabaquismo no fue considerado un factor de riesgo. Se observó que solo el 1,6% de las gestantes con sífilis consumía tabaco, dato muy similar a lo encontrado por Chucos ⁽¹⁴⁾ y Aguilar ⁽¹⁵⁾, ya que en sus investigaciones también se encontraron pequeños porcentajes de gestantes con sífilis que consumían tabaco, correspondiente al 11,7% y 8%, respectivamente. El tabaquismo es considerado un hábito nocivo, que sin bien es cierto no se relaciona con sífilis, pero cabe la posibilidad de que aquellas personas que lo consumen tengan conductas de riesgo como el consumo de alcohol o tener un bajo nivel educativo, característico de zonas marginales donde abunda la drogadicción y el vandalismo, por consiguiente las mujeres están más expuestas a conductas sexuales de riesgo que las hace más vulnerable a las ITS.

V. CONCLUSIONES

- Existen factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 – 2020.
- Los factores de riesgo sociodemográficos asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 – 2020 son: la edad adolescente, la procedencia de zonas urbano - marginales y el estado civil soltera.
- Los factores de riesgo obstétricos asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 – 2020 son: tener menos de 6 atenciones prenatales, tener más de 2 parejas sexuales e iniciar relaciones sexuales antes de los 19 años.
- Los factores de riesgo conductuales asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en el periodo 2015 – 2020 son: el no uso del preservativo durante las relaciones sexuales.

VI. RECOMENDACIONES

- Identificar y detectar oportunamente los factores y conductas sexuales de riesgo a las que están expuestas las gestantes que acuden al establecimiento de estudio. Brindarle una atención integral de tal manera que se le otorgue información sobre autocuidado, prevención de sífilis y otras ITS que puedan afectar tanto a ella como a su bebé; y empoderarla en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos. Más aún en épocas de pandemia donde es más difícil acudir a un establecimiento de salud. Facilitar el brindar la información vía virtual mediante programas educativos y didácticos en temas de salud sexual y reproductiva.
- Implementar y/o reforzar programas preventivo - promocionales sobre temas de salud sexual y reproductiva, dando énfasis a la prevención de sífilis y la prevención de conductas sexuales de riesgo en la población gestante adolescente que habita en condiciones de vulnerabilidad donde la educación y la salud no sea de calidad o de difícil acceso. A su vez, realizar alianzas con las instituciones educativas para que un profesional obstetra con cualidades y competencias brinde educación sexual que esté orientada a postergar el inicio de relaciones sexuales y disminuir el número de parejas sexuales con contenidos y metodología apropiados para trabajar el autocuidado, autoconocimiento y proyectos de vida, que permitan a los adolescentes y jóvenes tomar decisiones acertadas en cuanto a su actividad sexual.
- Fortalecer el primer nivel de atención priorizando la atención prenatal reenfocada, brindándole a la gestante información y educación sobre salud sexual y reproductiva con sus cuidados respectivos, enfatizando la importancia de acudir de manera precoz y regularmente a sus atenciones prenatales; y en el caso de las gestantes con sífilis concientizar que cumplan el tratamiento indicado para así poder eliminar los estigmas de esta infección que puedan afectar al bebé. A su vez que la atención brindada sea

interdisciplinaria junto con el profesional psicólogo y asistente social para lograr empoderar a la mujer en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos, elevar la autoestima y que ella misma aprenda a decir no y tomar decisiones asertivas y con responsabilidad respecto a su sexualidad.

- Promover y/o concientizar a la población en edad reproductiva, sobre todo a la población en riesgo, sobre el uso del preservativo y que opten usarlo de manera responsable mediante negociaciones o acuerdos con la pareja sexual. Enfatizar las consecuencias de la promiscuidad y las conductas sexuales de riesgo. A su vez realizar campañas de entrega de preservativos y reforzar conocimientos mediante dinámicas entretenidas y asertivas sobre el uso adecuado, correcto y consistente tanto del preservativo masculino como femenino. En tiempos de confinamiento proporcionar a la población mediante medios electrónicos y redes sociales aplicaciones móviles gratuitas promocionando el uso adecuado del preservativo e información sobre salud sexual y reproductiva enfatizando la prevención de sífilis y otras ITS.

VII. BIBLIOGRAFIAS

1. Infecciones de transmisión sexual. [Internet]. Paho.org. [citado 13 de agosto 2020] Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4072:its&Itemid=0
2. OMS. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. [Internet]. Paho.org. 2017. [citado 30 de agosto 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51791/9789275321744_spa.pdf?ua=1
3. Cerqueira G, Borges L, Pereira dos Santos T, Rocha N. Prevalencia y factores asociados a la sífilis en mujeres embarazadas atendidas en un municipio de Bahía 2008 -2011. Revista Biana de Saúde Pública [Internet]. Brasil. 2015 [citado 10 setiembre 2020] 39 (3): 529-541. Disponible en: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1758/1256>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet] . Who.int. 2019. [citado 14 de agosto 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
5. MINSA – Análisis de la Situación de Salud (ASIS). [internet]. Perú. 2019. [citado 20 setiembre 2020]. Disponible en : https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-lima-2019/CD_MINSA/DOCUMENTOS_ASIS/ASIS_DISTRITO%20VILLA%20MARIA%20EL%20TRIUNFO%202019.pdf
6. Moya N, Santander E, Correa C, Arévalo P, Zemelman V. Caracterización de Sífilis en Embarazadas controladas en la unidad de Atención y Control en Salud Sexual del Hospital San José, Santiago de Chile (2010-2016). Rev Chil Dermatol [Internet]. Chile. 2020 [citado 24 Setiembre 2020]; 35(4):128-133. Disponible en: <https://rcderm.org/index.php/rcderm/article/download/246/290>.
7. Korenromp E, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth out-

- comes—Estimates for 2016 and progress since 2012. [Internet] .2019. [citado 15 de Agosto 2020] Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>
8. OMS. Infecciones de transmisión sexual: Sífilis. [Internet]. Paho.org. [citado 13 setiembre 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual/sifilis>
 9. Dávila J, Lizarbe L. Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2012-2015. [tesis] Perú. 2017. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. [citado 27 de agosto 2020]. Disponible en: http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/2569/TE-SIS%200781_Dav.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 10. Trivedi S, Williams C, Torrone E, Kidd S. National Trends and Reported Risk Factors Among Pregnant Women With Syphilis in the United States, 2012-2016. Rev Obstet Gynecol. [Internet]. Estados Unidos. 2019. [citado 15 setiembre 2020] 133(1):27-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30531570/>
 11. Costa V, Cabral P, Germano P, Delgado L, Ferreira S, Arraes R. Factores de riesgo para sífilis en mujeres: un estudio caso – control. Rev Saúde Pública [Internet]. Brasil. 2017. [citado 11 setiembre 2020]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51/78/pt/>
 12. Tareke K, Munshea A, Nibret E. Seroprevalencia de la sífilis y sus factores de riesgo entre las mujeres embarazadas que asisten a la atención prenatal en el Hospital de Referencia Felege Hiwot, Bahir Dar, noroeste de Etiopía: un estudio transversal. Revista Pubmed [internet] Etiopia. 2019. [citado 25 de agosto 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30704517/>
 13. MINSA. “Boletín estadístico sobre infecciones de transmisión sexual Perú: 2002-2011”. [Internet]. Perú. 2012. [citado 16 de agosto 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2728.pdf>
 14. Chucos G. Seroprevalencia de Sífilis congénita y factores asociados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.2010-2017. [tesis]. Perú. 2017. Universidad Nacional Federico Villarreal. [citado 10 setiembre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1695>

15. Aguilar R. Factores de riesgo de Sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. [tesis]. Perú. 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [citado 20 setiembre 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323346242.pdf>
16. Soto V. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. [Internet]. Perú. 2015. [citado 4 setiembre 2020]. Disponible en: <http://www.rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/22/20>
17. Álvarez M, Domínguez J, De la Torre Lilia. Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Rev. Haban. Cienc. Méd. [Internet]. Cuba. 2014. [citado 14 setiembre 2020]; 13(2): 270-283. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200012&lng=es.
18. Benítez L. Prevalencia de sífilis en gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2016. [Tesis]. Paraguay. 2016. Universidad Nacional de Caaguazú. [citado 14 setiembre 2020]. Disponible en: <https://repositorio.fcmunca.edu.py/xmlui/bitstream/handle/123456789/81/LOUR-DES%20BENITEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Churacutipa S. Factores de riesgo que influyen en la incidencia de sífilis en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado. [Tesis]. Perú. 2017. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna. [citado 12 de setiembre 2020]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3145/1317_2017_churacutipa_arcaya_se_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Ccama M y Huarilloclla E. Factores de riesgo para contraer sífilis en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital Goyeneche. Arequipa. 2003- 2012. [Tesis]. Perú. 2014. Universidad Católica Santa María. [citado 15 setiembre 2020]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4690/63.0630.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. MINSA. Norma Técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B. [Internet]. Perú. 2019. [citado 16

- setiembre 2020]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1226904/501520200811-2899800-1gh6axo.pdf>
22. Paredes F, Roca J. Enfermedades de Transmisión sexual. [internet]. España. 2004. [citado 30 de agosto 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-enfermedades-transmision-sexual-13064298>
23. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú. [Internet]. Perú. 2015. [citado 30 de agosto 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3264.pdf>
24. Durán Y, Holguín M y Parrales J. Factores de riesgos y su relación con sífilis durante el primer trimestre en gestantes que acuden al laboratorio de diagnóstico clínico San Antonio de Mejía- Portoviejo. [Tesis]. Ecuador. 2019. Universidad Estatal del Sur de Manabí. [citado 13 de setiembre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/1793>
25. Neira M, Donaires L. Sífilis materna y complicaciones durante el embarazo. An Fac Med. [Internet]. Perú. 2019. [citado 16 setiembre 2020]. 8 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100013
26. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Diagnóstico y tratamiento de la sífilis. [Internet]. Argentina. 2019. [citado 16 setiembre 2020]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001408cnt-2019-08-30_guia-sifilis.pdf
27. Myles T, Elam G, Park-Hwang E, Nguyen T. The Jarisch-Herxheimer reaction and fetal monitoring changes in pregnant women treated for syphilis. Obstet Gynecol. [Internet]. Estados Unidos. 1998. [citado 16 setiembre 2020] ;92(5):859-64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9794683/>
28. Bardales C. Treponema pallidum: patogénesis, diagnóstico y tratamiento de la infección. [tesis]. España. 2018. Universidad Complutense de Madrid. [citado 15 setiembre 2020]. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/CYNTHIA%20DA-NIELA%20BARDALES%20ZAVALETA.pdf>

29. Ortiz A. Sífilis congénita: situación de la transmisión materno infantil en el Perú. Boletín Epidemiológico del Perú. [Internet]. Perú. 2018. [citado 22 de agosto 2020] 27 (32): 724-725. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/32.pdf>
30. Cunningham, Garu; Leveno, Kenneth, Steven. "Obstetricia de Williams", Ed MC Graw Hill Interamericana, Mexico.2006.[citado 17 setiembre 2020]
31. OMS | Factores de riesgo. [Internet]. Who.int. 2002 [citado 18 setiembre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
32. Serra M, Vieira G, Arruda F, Bastos G, Mendonca C, Cunha C et al. Factores epidemiológicos de sífilis en gestantes del municipio de Sao Luis –Ma en el período de 2009 a 2011. Revista Uninga [Internet]. Brasil. 2017. [citado 25 de agosto 2020]. Disponible en: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1401/1016>
33. Calatrava M, López del Burgo C, De Irala J. Factores de riesgo relacionado con la salud sexual en los jóvenes europeos. Medicina Clínica. [Internet]. España. 2012. [citado 5 de setiembre 2020] 138:534-40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-factores-riesgo-relacionados-con-salud-S0025775311008621>
34. MINSA. "Documento Técnico de Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú". [Internet]. Perú. 2017. [citado 29 de agosto 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
35. Ministerio de Salud. Normas técnicas y guías de atención integral; versión actualizada 2007. [Internet]. Colombia. 2007. [citado 20 setiembre 2020] Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/Actual/htmlnormas/ntsifili.htm>
36. Zhou H, Chen X-S, Hong F-C, Pan P, Yang F, Cai Y-M, et al. Risk factors for syphilis infection among pregnant women: results of a case-control study in Shenzhen, China. Sex Transm Infect. [Internet]. China 2007; 83:476–80. [citado 26 setiembre 2020]. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598725/>
37. Giraldo B, Henao D, Flórez M, Parra F, Gómez E, Mantilla O. Prevalencia de sífilis en una población de gestantes de dos comunidades de un municipio de Colombia. Revista Biosalud. [Internet] Colombia. 2015 [citado 18 setiembre 2020] 4(2): 9-18. Disponible en: [http://vip.ucaldas.edu.co/biosalud/downloads/Biosalud14\(2\)_2.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/biosalud/downloads/Biosalud14(2)_2.pdf)

38. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación Clínica y Epidemiológica. 4th ed. [Internet] Barcelona España: Elsevier; 2013. [citado 31 octubre 2020]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/metodos-de-investigacion-clinica-y-epidemiologica-9788491130079.html>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, Decana de América)

FACULTAD DE MEDICINA
"SAN FERNANDO"

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO I: INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente instrumento será llenado por la propia investigadora, cuyas respuestas de cada pregunta serán extraídas de la historia clínica de la gestante. Cabe resaltar que los datos serán usados exclusivamente con fines de investigación y se guardará la confidencialidad necesaria.

AÑO DE ATENCIÓN:

DX. SÍFILIS:

SÍ ☐

NO ☐

I.DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad <20 años () 20 a 34 años ()
35 años a más ()

2. Procedencia: Urbano – Marginal () Urbano ()

3. Estado civil: Soltera () Conviviente ()
Casada () Otros ()

4. Grado de instrucción Prim. Incompleta () Prim. Completa ()
Sec. Incompleta () Sec. Completa ()
Técnica () Superior ()

5. Ocupación: Ama de casa () Estudiante ()
Profesional () Otros ()

II. DATOS OBSTÉTRICOS

6. Número de embarazos Primigesta () Secundigesta ()
Multigesta ()

7. Antecedente de aborto SÍ () NO ()

8. Número total de atenciones prenatales recibidas Menos de 6 () 6 a más ()

9. Inicio de la Atención Prenatal Precoz () Tardío ()

10. Edad de la primera relación sexual ≤ 18 años () 19 a más ()

11. Número de parejas sexuales 1 a 2 () 3 a más ()

12. Diagnóstico de otra ITS de la gestante SÍ () NO ()

III. DATOS CONDUCTUALES

13. Uso del preservativo Siempre () A veces ()
Nunca ()

14. Consumo de alcohol SÍ () NO ()

15. Consumo de drogas SÍ () NO ()

16. Tabaquismo SÍ () NO ()

ANEXO II: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	Nº de Jueces					Probabili- dad
	1	2	3	4	5	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	0.03125
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	0.03125
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	0	1	1	0.15625
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	1	1	1	1	1	0.03125
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1	1	0	1	1	0.15625
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	1	1	0.03125
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	1	1	1	1	0.03125
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	1	1	0	1	1	0.15625

Se consideró:

- **Favorable = 1 (SI)**
- **Desfavorable = 0 (NO)**

	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	SUMA	PROBABILIDAD
ítem 1	1	1	1	1	1	5	0.03125
ítem 2	1	1	1	1	1	5	0.03125
ítem 3	1	1	0	1	1	4	0.15625
ítem 4	1	1	1	1	1	5	0.03125
ítem 5	1	1	0	1	1	4	0.15625
ítem 6	1	1	1	1	1	5	0.03125
ítem 7	1	1	1	1	1	5	0.03125
ítem 8	1	1	0	1	1	4	0.15625
SUMA							0.625
DIVISIÓN							0.078125

Se realizó el análisis del instrumento (ficha de recolección de datos) por los siguientes expertos en temas de salud sexual y reproductiva, así como también en salud pública: Mg. Emilio Vega Gonzáles, Dra. Zaida Zagaceta Guevara, Mg. Yuly Santos Rosales, Mg. John Barja Oré y Mg. Lauro Marcoantonio Rivera Félix.

Se utilizó la prueba binomial en el programa EXCEL para realizar el análisis con la finalidad de evaluar la validez de cada ítem de la ficha, dando como resultado evidencias estadísticas que demuestran la concordancia a favor entre los cinco jueces expertos respecto a la validez del instrumento ($p < 0.05$) de los ítems 1, 2, 4, 6 y 7. Los ítems: 3, 5 y 8 tienen un $p > 0.05$, por lo tanto, al no existir concordancia, se evaluaron las observaciones y sugerencias de los expertos y se realizaron los cambios respectivos a los ítems para que se demuestre la confiabilidad del instrumento.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL
INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS**

Nombre del Experto: Mg EMILIO VEZA GONZALEZ

Profesión: OBSTETRA

Ocupación: DOCENTE UNIVERSITARIO

Grado Académico/Mención: MAESTRÍA EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el Ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	X		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	X		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	X		


Obst. Emilio Vega Gonzalez
 Maestro en Docencia e Investigación
 en Salud
 C.O.P. 15102
 Firma de Experto

Marque con un aspa (X) si está de acuerdo o en desacuerdo con la pregunta. Si estuviese en desacuerdo, especificar las razones en la sección observaciones:


Observaciones (precisar si hay suficiencia en la cantidad de ítem): SE DEBE CONSIDERAR LOS PUNTOS OBSERVADOS PARA SER MAS COMPLETO _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐
No aplicable ☐

Nombres y Apellidos del juez validador: EMILIO OSWALDO VEGA GONZALES

DNI: 80651413

Especialidad del validador: MAESTRÍA EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN SALUD


Obst. Emilio Vega Gonzales
Miembro en Docencia e Investigación
en Salud
C.O.E. 15102
Firma de Experto

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL
INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS**

Nombre del Experto: Zaida Zagaceta Guevara

Profesión: Obstetra

Ocupación: Docente universitaria

Grado Académico/Mención: Doctora en Ciencias de la Salud

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	X		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		En el ítem 9 ya no se usa CPN, colocar APN y especificar desde que periodo de la gestación es precoz y tardío
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	X		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	X		

Dra. Zaida Zagaceta Guevara

Firma de Experto

Marque con un aspa (X) si está de acuerdo o en desacuerdo con la pregunta. Si estuviese en desacuerdo, especificar las razones en la sección observaciones:

Observaciones (precisar si hay suficiencia en la cantidad de ítem): No colocar CPN, cambiarlo a APN y precisar el tiempo que corresponde a APN precoz y tardía.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir []
No aplicable []

Nombres y Apellidos del juez validador: Zaida Zagaceta Guevara

DNI: 06095595

Especialidad del validador: Doctora y Docente Universitaria

Dra. Zaida Zagaceta Guevara

Firma de Experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Nombre del Experto: Yuly Raquel Santos Rosales

Profesión: Obstetra

Ocupación: Obstetra asistencial y docente de UNMSM

Grado Académico/Mención: Magister en salud Pública y Gestión Sanitaria y Obstetra especialista en Obstetricia de Alto Riesgo

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento de **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CMI. VILLA MARÍA DEL TRIUNFO 2015 -2020"** que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión	
	SI	No
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	x	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	x	
3. La estructura del instrumento es adecuado		x
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	x	
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.		x
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	x	
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	x	x
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.		x



		treponemas, incluir edad gestacional de diagnóstico, si es necesario la dilución de pruebas RPR O VDRL, si la infección es por primera vez o reinfección
--	--	---

Marque con un aspa (X) si está de acuerdo o en desacuerdo con la pregunta. Si estuviese en desacuerdo, especificar las razones en la sección observaciones:

Observaciones (precisar si hay suficiencia en la cantidad de ítem): SE DEBE CONSIDERAR LOS PUNTOS OBSERVADOS PARA SER MAS COMPLETO_____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [x] No aplicable []

Nombres y Apellidos del juez validador: Mg. Yuly Raquel santos Rosales

DNI:40387603

Especialidad del validador: Obstetra Especialista en Obstetricia de Alto Riesgo


Firma de Experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Nombre del Experto: John Barja-Ore

Profesión: Obstetra

Ocupación: Docente

Grado Académico/Mención: Mg. en Docencia e Investigación en Salud

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el Ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	X		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		Se sugiere no considerar la APN como factor de riesgo
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	X		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	X		



Firma de Experto

Marque con un aspa (X) si está de acuerdo o en desacuerdo con la pregunta. Si estuviese en desacuerdo, especificar las razones en la sección observaciones:

Observaciones (precisar si hay suficiencia en la cantidad de ítem): El instrumento recoge información necesaria para su aplicación; sin embargo, se sugiere que los factor de APN no posee una pertenencia teórica, por ende, debería ser retirado del instrumento.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Nombres y Apellidos del juez validador: John Barja-Ore

DNI: 73174713

Especialidad del validador: Mg. Docencia e Investigación en Salud


Firma de Experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Nombre del Experto: Mg. L. Marcoantonio Rivera Felix

Profesión: Obstetra

Ocupación: Maestro, Consultor, Asesor e Investigador

Grado Académico/Mención: Magister Salud Pública

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	X		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	X		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	X		

Mg. L. Marcoantonio Rivera Felix

Firma de Experto

Marque con un aspa (X) si está de acuerdo o en desacuerdo con la pregunta. Si estuviese en desacuerdo, especificar las razones en la sección observaciones:

Observaciones (precisar si hay suficiencia en la cantidad de ítem): SE DEBE CONSIDERAR LOS PUNTOS OBSERVADOS PARA SER MAS COMPLETO_____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [☒] Aplicable después de corregir [☐]

No aplicable [☐]

Nombres y Apellidos del juez validador: Mg. L. Marcoantonio Rivera Felix

DNI: 09928576

Especialidad del validador: Salud Publica

Mg. L. Marcoantonio Rivera Felix

Firma de Experto

ANEXO III: APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA (CEI)



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decana de América
Facultad de Medicina
Comité de Ética en Investigación



ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN (AEE-CEI)

CÓDIGO DE ESTUDIO N°: 0062

En Lima, a los veinte días del mes de noviembre de 2020, en Sesión del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, previa evaluación del Proyecto de Tesis de Pregrado titulado: "Factores de riesgo asociados a sífilis en gestantes atendidas en el CMI Villa María del triunfo 2015-2020" y presentado por Luisa Liliana Esther Erazo Medina con Código de Matricula N°: 15010102 de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Medicina.

ACUERDA:

Dar por **APROBADO** dicho Proyecto, considerando que se ha cumplido satisfactoriamente con las recomendaciones Metodológicas y Éticas para la investigación en seres humanos y/o en animales de laboratorio.

Lima, 20 de noviembre de 2020

Mg. Henry Guija Guerra
PRESIDENTE DEL CEI

ANEXO IV: APROBACIÓN PARA REALIZAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL CMI VILLA MARÍA DEL TRIUNFO



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Obstetricia
"Año de la universalización de la salud"



OFICIO N. ° 228- EPO-FM- 2020

Lima, 05 de octubre del 2020

Señor Doctor
MIGUEL MATOS ARROYO
Jefe del Centro Materno Infantil
Villa Maria del Triunfo

ASUNTO: SOLICITO PERMISO PARA PODER REALIZAR LA INVESTIGACIÓN EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de saludarlo cordialmente y a la vez informarle que la estudiante de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos **Luisa Liliana Esther Erazo Medina** con Código de matrícula 15010102 y Asesora: Dra. Judith Daysi García Cajaleon, con el Proyecto de Tesis titulado: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CMI VILLA MARÍA DEL TRIUNFO 2015-2020"**, la cual cuenta con una Resolución Decanal de la universidad aprobando el proyecto de tesis.

Agradezco por anticipado la atención que se sirva brindar al presente.

Atentamente.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Dra. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA
DIRECTORA
E.P. DE OBSTETRICIA

